







Modelo del Cuidado de Enfermería









Mayo de 2018

DIRECTORIO

Dr. José Narro Robles
Secretario de Salud

Dr. José Meljem Moctezuma
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Mtro. Miguel Robles Bárcena
Subsecretario de Administración y Finanzas

Dr. Jesús Ancer Rodríguez
Secretario del Consejo de Salubridad General

Mtro. Antonio Chemor Ruiz
Comisionado Nacional de Protección en Salud

Lic. Julio Sánchez y Tépoz
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
Comisionado Nacional de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dr. Onofre Muñoz Hernández
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Manuel Mondragón y Kalb
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Dr. Manuel Hugo Ruiz de Chávez Guerrero
Presidente de la Comisión Nacional de Bioética

Dr. Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Mtro. Luis Adrian Ortiz Blas
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Dr. Sebastián García Saisó
Director General de Calidad y Educación en Salud

Mtra. Claudia Leija Hernández
Directora de Enfermería
Coordinadora General de la Comisión Permanente de Enfermería

MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA
Primera edición, 2018

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Integración y Desarrollo
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Av. Homero 213
Col. Chapultepec Morales
Del. Miguel Hidalgo
C.P. 11570
Ciudad de México

Autorización
Mtra. Claudia Leija Hernández
Directora de Enfermería
Coordinadora General de la Comisión Permanente de Enfermería

Revisión
Mtro. Hector Olivera Carrasco
Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería
Secretario Técnico de la Comisión Permanente de Enfermería

Mtra. Miriam Paola Bretado de los Ríos
Coordinadora Normativa de Enfermería
Dirección de Enfermería
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Elaboración
Mtra. María de Jesús Posos González
Coordinadora Normativa de Enfermería
Dirección de Enfermería
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Presentación

Quien suscribe la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería, A.C., ha tenido a bien después de leer el documento Modelo del Cuidado de Enfermería, en opinar sobre los apartados acerca de la estandarización del cuidado de enfermería en los ámbitos ambulatorio y hospitalario. Considero que, el modelo es práctico para la enfermería en México y lleva con ello la unificación del cuidado y de cuidar, asimismo, el documento aborda los cambios que se promueven a través del uso del proceso atención de enfermería que conduce con gran éxito a brindar atención de la salud con calidad y seguridad.

El *modelo del cuidado de enfermería***,** será una herramienta para el profesional y no dudo que sea utilizado con el más alto valor humano. Apoyamos la propuesta del presente para que el profesional de enfermería en México cuente con un mayor número de herramientas para expresar, respaldar y fortalecer la forma del cuidado disciplinar con sentido ético y humanístico.

La FEMAFEE, A.C., siendo un órgano que apoya la educación en enfermería y el crecimiento de la misma, considera este modelo de gran apoyo y contribución a la enfermería en México. Siendo este, una guía práctica para la formación, investigación y gestión del cuidado que conduzca a la meta del rol de la enfermería profesional al igual que, la utilización del modelo contribuye a la formación de recursos humanos en enfermería y en el futuro se cuente con estas bases para la unificación de la práctica propia de enfermería con un enfoque más crítico y analítico, con mayor sustento para la toma de decisiones, y la planificación de intervenciones asertivas y dirigidas a cada situación de salud.

Los nuevos modelos de enfermería, son de gran importancia en la práctica de cuidados sofisticados sin omitir para ello el avance tecnológico y la investigación que contribuirán en los procesos administrativos, epidemiológicos y a la enseñanza de la actual enfermería. Hoy la enfermería es más reflexiva tratando de unificar criterios para ser cada día más perfeccionista y continuar en el ejercicio de acciones a través de un modelo de cuidados de enfermería actual y moderna para guiar la práctica. Los modelos de cuidados de enfermería están respaldados por el Proceso Atención de Enfermería, incluyente de la cultura social y humana. Hoy las instituciones de salud se están apoyando cada día más en modelos de cuidados acorde a los problemas propios de salud, un ejemplo de ello es la propuesta mexicana del *modelo del cuidado de enfermería*, un modelo único para la población.

Esta propuesta innovadora responde a cambios tecnológicos y necesidades de brindar una atención de calidad en respuesta a la transición epidemiológica que se presenta en nuestro país y en cada uno de los países según su cadena demográfica y social de las familias y diversidad de sociedades. De aquí que, se requiere de modelos de cuidados de enfermería específicos que respondan a cada problema de salud.

Con lo anteriormente citado, y teniendo en cuenta la necesidad de implementar modelos de cuidados de enfermería se requiere de sensibilizar, motivar, promover e impulsar la aceptación de éstos por el profesional de enfermería así como, su utilización e institucionalización en cada unidad de atención médica del Sistema de Salud en nuestro país.

México está despuntando cada día más en la formación y educación en enfermería profesional asumiendo compromisos de una enfermería basada en modelos, y de modelos basados en evidencia con alto sentido humano, ético y de responsabilidad profesional.

"Por la enseñanza y el progreso"
Dr. Francisco Cadena Santos
Presidente FEMAFEE

Contenido

Introducción

Un hecho real y actual es el intenso intercambio de mercados y relaciones sociales que impulsa un flujo de pensamiento y prácticas multidisciplinarias e interdisciplinarias que junto con el vasto escenario de salud-enfermedad complican y representan un mayor reto a la tolerancia, diversidad cultural y a la equidad, sin perder de vista la calidad, la efectividad, la seguridad y la regulación de prácticas y productos para la salud basados en la mejor evidencia científica. De ahí que la formación de recursos humanos de enfermería deberá estar orientada y fundamentada en el principio de la persona que es cuidada en virtud de su humanidad, y para esto, es fundamental fortalecer la importancia del conocimiento de la persona como un ser humano total y completo, visto como ser holístico e integral.

Para mejorar la atención de enfermería en el día a día, y de construir la forma de cuidar en su cotidianidad, se integran elementos metodológicos en un *modelo del cuidado de enfermería* que permite visualizar a la profesión desde un paradigma socio crítico, científico y a su vez, sustente la mejor toma de decisiones en el otorgamiento del cuidado oportuno.

El documento "Modelo del cuidado de enfermería" menciona cada uno de los elementos metodológicos y disciplinares que lo integran, una propuesta que puede ser considerada para impulsar la estandarización del cuidado de enfermería en las Unidades de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud en sus ámbitos ambulatorio y hospitalario. Si bien es un hecho que la práctica de enfermería en México coexiste en el día a día con una diversidad de conocimiento y como consecuencia una brecha importante de variabilidad en la forma de cuidar y en la formación de recursos humanos en enfermería; los cambios recientes se magnifican, y muestra una sociedad que vive una gran transición epidemiológica, demográfica y social, que tendrán que enfrentarse con propuestas innovadoras y efectivas para la atención a la salud.

La teoría no es solamente esencial para la existencia de la enfermería como ciencia, sino que sustenta la práctica de la enfermería profesional, por consiguiente, es necesario que en este contexto se re-conceptualicen los núcleos disciplinares de la persona, entorno, salud, y enfermería en su relación con el nexo salud-enfermedad.

Este documento busca ser más que una propuesta metodológica de práctica diaria; pretende transmitir en su contenido la esencia de la disciplina de enfermería, la esencia del ser, de la persona que bajo la condición humana requiere ser cuidada, atendida, educada y guiada a una cultura que favorezca el autocuidado, el cuidado a la familia, a los grupos y las comunidades. Sin duda transmitirá la reflexión sobre la estructura disciplinar y de cómo aplicar y desarrollar el Proceso Atención de Enfermería (PAE), el plan de cuidados estandarizado a través de práctica basada en evidencia, sin dejar de lado el cuidado del que cuida.

Permite también, retomar la forma de cuidar por el personal de enfermería para la conservación y mantenimiento de la salud que es una de las condiciones de más alto valor para la humanidad. Con esta propuesta la enfermería mexicana pretende contribuir al desarrollo profesional, además de fortalecer el sentido ético y humanístico.

La propuesta del modelo del cuidado de enfermería cuenta con elementos y núcleos disciplinares de abstracción de conocimiento y práctica, desarrollado en el marco de orden lógico y estructural para la mejor forma de otorgar el cuidado y la atención a la persona, la familia, grupos y comunidad, lo que conduce no solamente al entendimiento, sino además a la comprensión de cada uno de los elementos que lo conforman, asimismo, orienta la formación de futuros profesionistas hacia el objeto – sujeto de estudio, cuidado – persona, la salud y el entorno, formando la base para el conocimiento de la enfermería como disciplina.

En el abordaje del documento, es imposible dejar de mencionar los entornos tan diversos en contextos y cultura en el que se desenvuelve y convive la persona, razón por la cual el modelo ecléctico mexicano en su esencia propone una forma de otorgar un cuidado integral, sistémico, ético, y humanístico, dirigido a la población mexicana.

La propuesta contiene además la estrategia para implementar el modelo del cuidado de enfermería en las unidades de atención médica de los tres niveles de atención. Dicha estrategia se conforma de cinco pasos: Difusión, capacitación, implementación, documentación y evaluación, considerando indicadores de medición.

No solamente es innovar, proponer y estar a la vanguardia, es principalmente avanzar y contribuir a garantizar la atención con calidad y seguridad para el paciente con mejores prácticas de enfermería que otorga día a día en cualquiera de sus ámbitos.

I. Contexto histórico del cuidado de enfermería

Históricamente el cuidado existe desde el comienzo de la vida, de acuerdo a Colliére, su historia se perfila a través de dos grandes orientaciones: la primera se inscribe desde el principio de la historia de la humanidad para asegurar la continuidad de la vida y la segunda se vincula en la lucha contra la muerte. Desde tiempos remotos, Florence Nightingale preocupada por las condiciones del ambiente en torno al paciente y el cuidado de enfermería, hizo importantes mejoras a las prácticas de enfermería al comprobar que los cuidados brindados tenían una importante influencia en los resultados finales de atención.

Es evidente que la aportación de Florence Nightingale, quien merece el profundo reconocimiento de haber sido la pionera del pensamiento científico y ético en enfermería, y de quien además se toma como referencia la visión precursora que ha servido de punto de partida para desarrollar todas y cada una de las actuales teorías de enfermería (Amaro, 2004). A poco más de 200 años del surgimiento de su propuesta teórica, la enfermería se ha convertido en una profesión que aún tiene mucho que consolidar como ciencia, aunque han sido diversas las propuestas de autores sobre la enfermería, la ciencia, el arte y la disciplina.

Cabe mencionar que en su momento el hacer de enfermería se vinculó con saberes de otras disciplinas, preponderantemente con la disciplina médica y obedeció a una fuerte dependencia y alto porcentaje de sus funciones relacionadas con el cumplimiento de la prescripción médica y con las actividades delegadas. Este rol ha estado determinado en el entendido de asumir e interpretar de la mejor forma posible la asistencia a la práctica médica, que respondió indudablemente a que la formación del personal de enfermería se apoyaba fundamentalmente en textos médicos y enfoque biologicista.

A partir de los años 60s, se empieza a sentir la necesidad de reconocer la importancia de la disciplina, es así que varias escuelas y universidades impulsan el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería; poco a poco se ha requerido contar con más competencias técnicas haciendo necesaria una formación de mayor nivel; este incremento de conocimiento puso de relieve delimitar tanto la naturaleza del objeto de estudio de la disciplina, como el ámbito de actuación profesional. A mediados del siglo XX muchos de los esfuerzos de los profesionales de la enfermería estuvieron dirigidos a resolver esta cuestión, iniciando un periodo caracterizado por la creación de modelos

teóricos que tratan de esclarecer *el hacer de los profesionales*, "porqué lo hacen, cómo lo hacen y cuál es el camino a seguir para el incremento del corpus de conocimientos propios". Es el momento en el que se impone la creación de una definición universal de los cuidados de enfermería, es decir, se percibe la necesidad de "explicar con precisión el significado o naturaleza de la enfermería", a través de una proposición en la que se exponga con claridad y exactitud los caracteres genéricos y diferenciales de enfermería en el ámbito general de la ciencia (Hernández, 2003).

La década de 1980 fue una etapa de desarrollo importante en la teoría de la enfermería, caracterizado como una transición del período pre-paradigmático al paradigmático tal como lo declaró Hardy en 1978, y Fawcett en 1984, los paradigmas (modelos) prevalentes ofrecían perspectivas para la práctica, la administración, la educación, la investigación y el desarrollo posterior. Respecto a los modelos conceptuales de enfermería, se incluyen trabajos de las grandes teorías, conocidas también como pioneras en enfermería (Chinn y Kramer, 2008); (Fawcett, 2005); (Meleis, 2007). Fawcett, afirma que «un modelo conceptual proporciona un marco de referencia distinto para sus partidarios, que les explica cómo observar e interpretar los fenómenos de interés para la disciplina», define los conceptos de (persona, entorno, salud y enfermería) según su marco y se diferencian de los modelos que proponen una dirección o acción que puede probarse (Alligood y Marriner, 2011).

Es Jacqueline Fawcett quien propone como primer componente al metaparadigma dentro de la estructura jerárquica del conocimiento contemporáneo de enfermería, y la relación entre sus conceptos *cuidado, persona, salud y entorno* como núcleo de la disciplina, parten del reconocimiento de que cada persona es un ser nuevo, existencial y esencial, de un paradigma, conceptualizado, como aquel conocimiento dominante que los miembros de la comunidad académica aceptan (Frankl, 1996). Cabe mencionar que Fawcett define el metaparadigma como un "Conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina", así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de manera abstracta.

En este entendido existe la necesidad de la enfermería de clarificar su especificidad motivando a las enfermeras teorizadoras, a elaborar modelos conceptuales para la profesión. Estos modelos sirven de guía para la práctica, formación, investigación y gestión de los cuidados, orientan la práctica de la enfermería proporcionándole una

descripción, de la meta que se persigue, del rol y de los cuidados; sirven también para precisar los elementos esenciales en la formación de las enfermeras, los fenómenos de interés para la investigación enfermera, así como las actividades de cuidado y las consecuencias que de estas se esperan para la gestión de los cuidados de enfermería (Kerouac, 2005). En el mismo sentido, (Alligood, 2004), menciona que los entornos de la práctica enfermera son complejos y los datos que manejan son información prácticamente infinita. Deben analizar una gran cantidad de información sobre cada paciente y decidir qué hacer. Un modelo teórico ayuda a que los profesionales de enfermería no se vean desbordados por la cantidad de información y avancen en el proceso de enfermería de manera ordenada. La teoría les permite organizar y entender lo que sucede en la práctica para analizar de manera crítica las situaciones del paciente, tomar decisiones clínicas, planificar los cuidados y proponer intervenciones de enfermería adecuadas, además de predecir los resultados del paciente y evaluar la eficacia de los cuidados.

Al respecto de la eficacia de los cuidados, el avance en la formación de recursos humanos ha incitado poco a poco a la reflexión teórica y metodológica en el proceso de cuidar a través de diferentes métodos, como el de solución de problemas, el proceso administrativo, epidemiológico, el de enseñanza y el proceso investigativo. En esa reflexión es importante recordar que no existe una total comprensión de la esencia del cuidado ni del dominio requerido de la práctica profesional conceptualizada en un modelo. Por consiguiente, la práctica de enfermería se enfoca en su mayoría a la ejecución de acciones al paciente, funciones administrativas, control de materiales; acciones que no requerían en su mayoría de fundamentación científica.

En la segunda mitad del siglo XX, como se ha referido en párrafos anteriores, la enfermería revoluciona con la búsqueda de marcos teóricos explicativos de los fenómenos relacionados con el campo del saber y las diferentes prácticas (UNI-COLMB, 2006). Con esta perspectiva, la formación de enfermería debe estar orientada y fundamentada en el principio de la persona cuidada en virtud de su humanidad, para esto es fundamental fortalecer la concepción de la persona como un ser humano total y completo. La enfermería puede utilizar gran variedad de metodologías que permitan afianzar el cuidado en quienes están formando, y fomente la comunicación para crear puentes de convivencia y entendimiento entre quien cuida y quien es cuidado y aumentar su condición humana (UNI-COLMB, 2006).

Hoy en día, el desafío se orienta a un modelo que pueda dar cuenta de las nuevas situaciones que presenta la necesidad de atención de la población, con una situación epidemiológica, demográfica, y cultural, que requieren de recursos humanos con compromiso, condiciones dignas de trabajo y capacidad de autonomía personal que garantice seguridad, pertenencia y motivación por el personal de enfermería (OPS, 2012), en este entendido hoy por hoy la enfermería requiere de contar con herramientas para fortalecer y asegurar la toma de decisiones a través de la práctica basada en evidencia, mantenga y contribuya a controlar la salud de la población. Algunas acciones que considerar para las mejores prácticas son la gestión y la calidad de los cuidados en los diferentes entornos de la atención, el impulso a la investigación y la formación de los recursos humanos en enfermería, así como la aplicación y regulación de la enfermería a través de la normatividad y liderazgo transformador.

II. Justificación

En México, varios grupos de profesionales de enfermería han liderado y guiado el rumbo de la enfermería mexicana para regular, conformar y re-direccionar el futuro de la misma con base y en respuesta a las prioridades y necesidades de atención de la salud de la población.

En este sentido el Acuerdo de creación de la Comisión Permanente de Enfermería (CPE), contempla en sus objetivos mejorar la calidad y seguridad de los pacientes y la formación de los profesionales de enfermería, asimismo, propiciar las condiciones que permitan el desarrollo profesional. Con el paso de los años la CPE ha hecho la diferencia del transitar en el hacer de enfermería, ha fortalecido e impulsado el desarrollo disciplinar, enfocando la visión en el ámbito de su competencia a las mejores prácticas de enfermería.

Varios personajes a través de los años aportaron y contribuyeron al desarrollo y avance de la disciplina con programas y proyectos dirigidos a mejora de la calidad de vida de las personas en los ámbitos ambulatorio y hospitalario, haciendo visible la contribución del profesional de enfermería a la salud de la población.

Coherente con las necesidades y expectativas de la población, así como con las políticas nacionales e internacionales para la mejora de los servicios de salud, en México se han implementado diferentes estrategias de alcance e impacto nacional para el beneficios de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, tales como: regulación de la práctica de enfermería a través de protocolos y documentos normativos, monitoreo de la calidad de los servicios a través de indicadores, estandarización a través Guías de Práctica Clínica de Enfermería y planes de cuidados, así como modelos de clínica de heridas y terapia de infusión, entre otros.

La implementación de dichas acciones responde a los cambios en la dinámica de la población y transición epidemiológicas, razón por la cual, para mejorar la atención de enfermería en el día a día y de-construir la forma de cuidar se integra un *modelo del cuidado de enfermería* que permita con enfoque holístico, socio crítico, científico que sustente la mejor toma de decisiones en el otorgamiento del cuidado, oportuno y sistemático, asimismo, éste modelo sirva de plataforma para el establecimiento de protocolos clínicos y algoritmos de atención multidisciplinaria e interdisciplinaria que guíen, orienten y difundan las prácticas de enfermería basadas en la mejor evidencia

científica disponible nacional e internacional, oriente el ejercicio disciplinar y contribuya a disminuir la variabilidad de la práctica de enfermería.

Si bien es necesario contar con un modelo del cuidado de enfermería, para fortalecer la toma de decisiones del personal a través de ejecutar cuidados sustentados en la mejor evidencia científica, también es necesario anotar la implementación de estos en un documento de registros de enfermería con el objetivo de comunicarse de forma efectiva entre los profesionales de la salud, principalmente entre los de enfermería. Estos registros deben contener un orden lógico, que sin duda evidencia la calidad con la que se otorgan los cuidados, además de ser considerados como el deber ser y hacer de la actividad del personal de enfermería.

Finalmente la evaluación de la implementación del modelo del cuidado de enfermería debe ser medida con instrumentos validados y mejorar la estructura, los procesos y los resultados para plantear en lo posible acciones de mejora continua de la calidad.

En una visión transformacional de la consolidación disciplinar de enfermería, es necesario emprender acciones inmediatas que conduzcan a una práctica sistematizada y homogénea y a una enfermería más socio-crítica y auto-critica para el futuro mediato y garantice la atención efectiva a través de las mejores prácticas multidisciplinarias e interdisciplinarias que junto con el ya basto escenario de salud-enfermedad complican y representan un mayor reto a la tolerancia, diversidad cultural y la equidad, sin perder de vista la calidad, la efectividad, la seguridad y la regulación de prácticas y productos para la salud basados en la mejor evidencia científica (PT-CPE, 2013-1018), mientras que para el futuro lejano habrá que establecer acciones que permeen en la formación de futuros profesionales de enfermería con competencias para dar respuesta a la necesidad de atención con enfoque intercultural que aborde el nexo salud-enfermedad de la población mexicana.

México asume el compromiso de contar con la mejor calidad de los servicios de salud públicos o privados, en este sentido, los profesionales de enfermería se sienten obligados a interactuar y encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad ética que les corresponde. El compromiso del personal de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos-científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional. Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y las instituciones educativas pueden asegurar a la

sociedad el ejercicio profesional con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones se orientan en el marco del *deber ser*, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas, por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue, es por ello que el Código de Ética aplicable al personal de enfermería en México, determina lo siguiente:

“La enfermera, a través del cuidado, pone en marcha todo aquello que mueve la energía del ser humano, su potencial, su deseo de vivir. El cuidado es una actitud que trasciende las dimensiones de la realidad humana. Tiene un significado de auténtico humanismo ya que conlleva la sensibilidad que es incomparablemente mayor que la eficiencia técnica, porque la primera está en relación con el orden de los fines y la última con la de los medios”.

Por lo anterior es de importancia que la enfermería identifique y aplique durante el proceso de cuidar principios éticos, como:

No Maleficencia: no dañar, evitar el daño a los pacientes y minimizar los posibles riesgos.

Beneficencia: hacer el bien, proteger los derechos de los pacientes, promover su bienestar y reparar el daño.

Autonomía: Respetar a las personas en sus decisiones considerándolos como individuos libres. Los pacientes son capaces de decidir acerca de su salud y enfermedad, participando activamente en la toma de decisiones para el consentimiento informado integrando los principios de autonomía y beneficencia.

Justicia: equidad en la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona, respetando sus diferencias (Código de ética, 2001).

III. Objetivos

Objetivo general

Proponer un "Modelo del cuidado de enfermería" como eje central del cuidado, que oriente al personal de enfermería en la aplicación del Proceso Atención de Enfermería (PAE) en las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) para contribuir en la mejora de la calidad de la atención basada en las mejores prácticas en los ámbitos ambulatorio y hospitalario con enfoque intercultural, integral y sistémico.

Objetivos específicos

1. Estandarizar la atención de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
2. Estandarizar los planes de cuidados de enfermería (PLACE) para homologar el lenguaje de enfermería.
3. Utilizar la evidencia científica y la práctica basada en evidencia.
4. Disminuir la variabilidad de la práctica de enfermería mediante la aplicación del PAE.
5. Documentar el cuidado de enfermería en el formato de registros de enfermería.
6. Evaluar la calidad del cuidado de enfermería a través de indicadores.
7. Fortalecer el cuidado de enfermería fundamentado en principios éticos y legales.

IV. Estructura metodológica del modelo del cuidado de enfermería

Dado el compromiso de la enfermería con las condiciones de salud de la población nacional y mundial, surge la necesidad de proponer un modelo del cuidado de enfermería mexicano, para reconceptualizar los elementos nucleares de la disciplina considerados en el metaparadigma (persona, entorno, salud y enfermería), así como analizar los conceptos de la composición de dicho modelo, en este entendido se explican tres definiciones:

Primero, según la Real Academia Española (RAE), la palabra "modelo" proviene del italiano "Modello", que significa la "representación que simboliza la perfección en todos los aspectos naturales que posee y en la forma en la que la sociedad reacciona ante ello". (Marriner, 200), lo refiere como "una idea que se explica a través de la visualización simbólica y física", así también menciona la significancia de los modelos simbólicos: que pueden ser verbales, esquemáticos o cuantitativos; estos se caracterizan por haber perdido toda forma física reconocible para alcanzar un nivel de abstracción superior al de los modelos físicos, por otra parte los modelos verbales, son los que se expresan mediante enunciados verbales; los modelos esquemáticos pueden adoptar la forma de diagramas, dibujos, gráficos o imágenes, y finalmente los modelos cuantitativos que utilizan símbolos matemáticos.

En segundo concepto es, "enfermería" (Rodríguez, 2000), dice: es la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, familia y comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales, así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatológicas, y;

En tercer lugar "cuidado", (Waldow, 2008) lo define como es "Una forma de vivir, de ser, de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso de estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, la preservación de la naturaleza, la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad; es contribuir a la construcción de la historia, del conocimiento y de la vida".

Para el caso de la propuesta que se hace en este documento sobre "Modelo del cuidado de enfermería", se conceptualiza como:	*"La representación metodológica y estandarizada que guía la aplicación de las mejores prácticas a través de la implementación del proceso atención de enfermería, considerando a la persona como eje central del cuidado, desde el enfoque intercultural, integral y sistémico en los ámbitos, ambulatorio y hospitalario".*

Los elementos del *"modelo del cuidado de enfermería"*, tienen como objetivo fortalecer la estructura disciplinar, en el proceso de cuidar de enfermería.

Uno de sus principales objetivos es estandarizar el cuidado de enfermería en el Sistema Nacional de Salud en México, a través de la integración de sus elementos metodológicos y núcleos disciplinares:

a) Meta paradigma de enfermería o supuestos principales:

El meta paradigma de enfermería cumple con características de neutralidad y universalidad, enfocados a los aspectos disciplinares que la enfermería requiere para definir su esencia en virtud de su naturaleza epistemológica.

1

b) Proceso Atención de Enfermería (PAE):

Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales.

4

2

c) El plan de cuidados de enfermería (PLACE):

Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se espera obtener, las estrategias, las intervenciones y la evaluación de todo ello.

3

d) Enfermería Basada en Evidencia (EBE), (Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería GPCE):

La EBE es una metodología a través de la cual se obtiene un conjunto de evidencias y recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible incluidas en las guías de práctica clínica de enfermería (GPCE), con el objetivo de guiar al profesional de enfermería y al usuario de los servicios de salud, en la mejor toma de decisiones para contribuir a la atención segura y de calidad, a través de la práctica crítica y reflexiva.

El modelo del cuidado de enfermería tiene enfoque integral y sistémico aplicable a los tres niveles de atención en salud fortaleciendo con ello la toma de decisiones en la atención primaria a la salud.

V. Esquema del modelo del cuidado de enfermería elementos y herramientas

El *modelo del cuidado de enfermería* se integra por cuatro elementos disciplinares básicos de la enfermería, aplicable en el ámbito ambulatorio y hospitalario:

a) Meta paradigma de enfermería o supuestos principales
b) Proceso Atención de Enfermería (PAE)
c) Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE)
d) Enfermería Basada en Evidencia (EBE), Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería GPCE

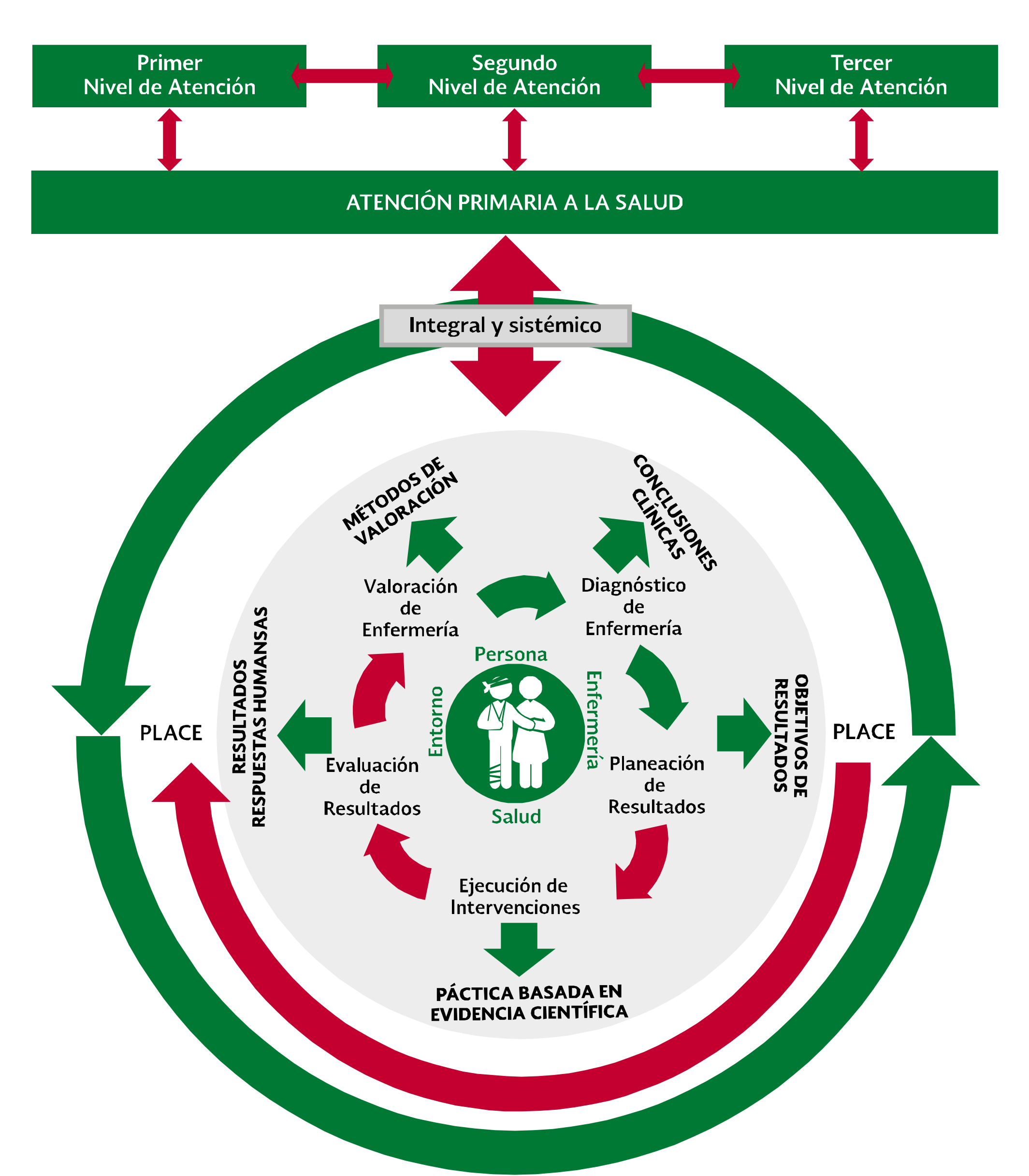


FIGURA 1. Esquema del modelo del cuidado de enfermería

En cada una de las etapas del Proceso Atención de Enfermería (PAE), se utilizan **herramientas para sustentar y fortalecer** la mejor funcionalidad, aplicabilidad e implementación del modelo del cuidado:

a) Primera herramienta son los métodos para la valoración de enfermería, como: patrones funcionales, aparatos y sistemas, céfalo caudal, dominios NANDA o por algún marco conceptual teórico.

b) Segunda herramienta son las clasificaciones taxonómicas de enfermería, NANDA y NOC

c) Tercera herramienta son las recomendaciones de las GPCE, resultado de la Enfermería Basada en Evidencia (EBE)

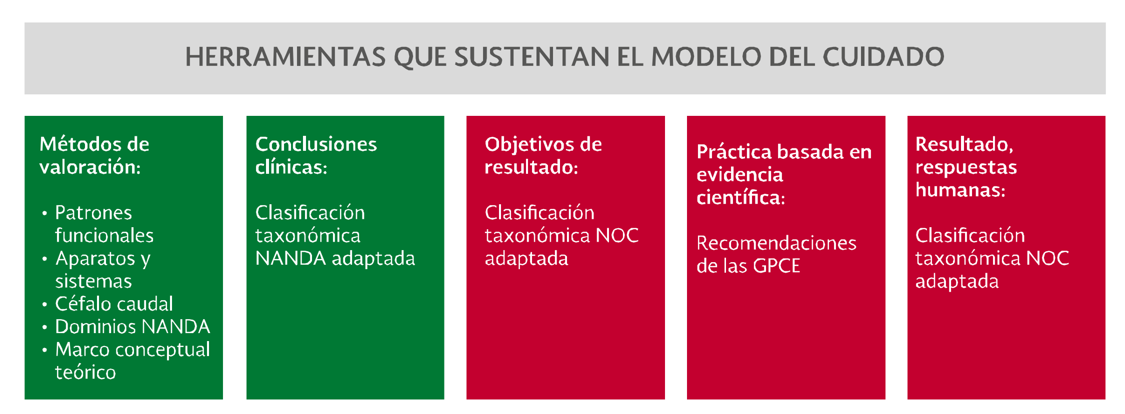


FIGURA 2. Herramientas que sustentan el Modelo

Esquema del Modelo del Cuidado de Enfermería

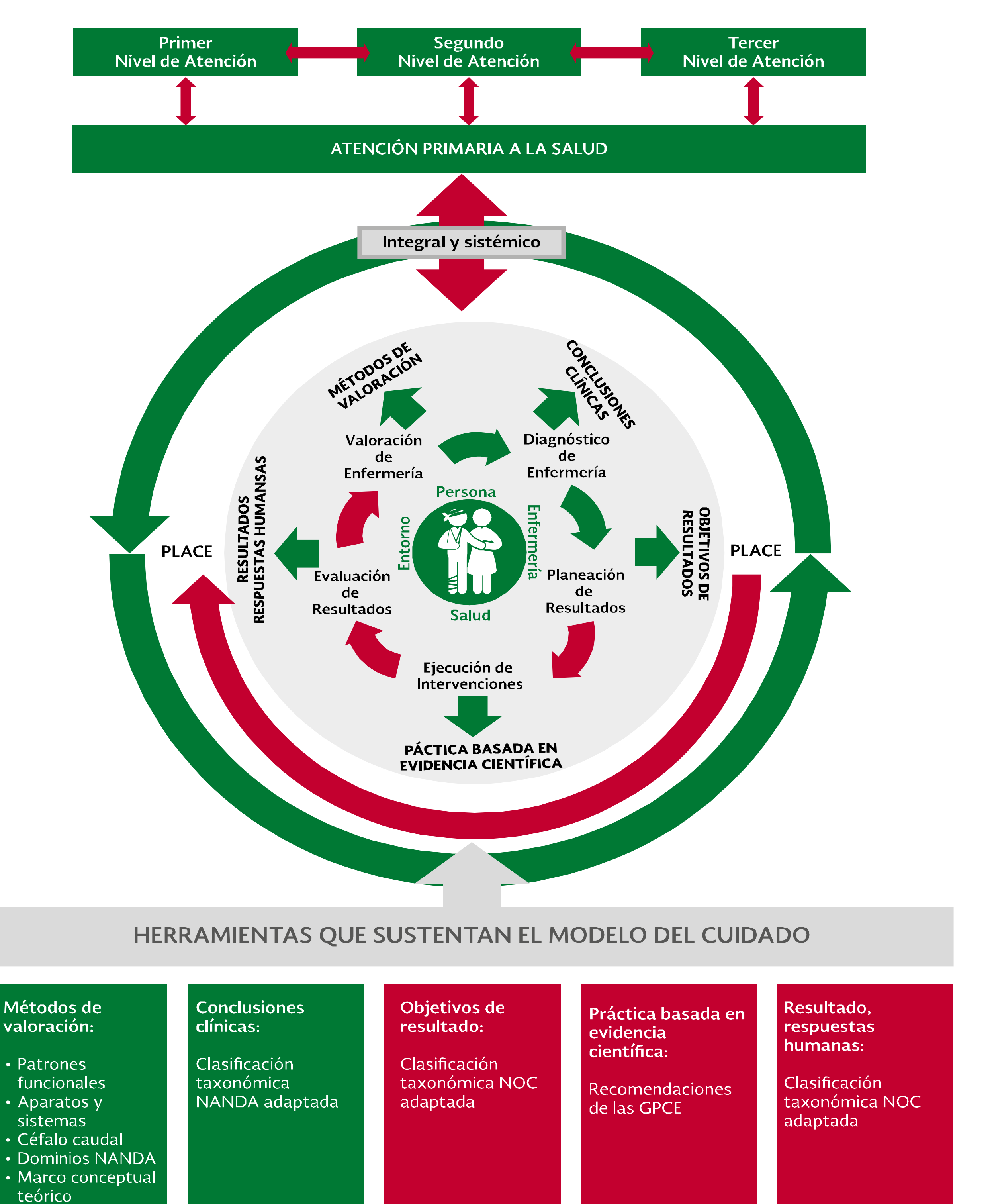


FIGURA 3. Esquema del modelo del cuidado de enfermería integrado con elementos y herramientas.

VI. Descripción de los elementos metodológicos y las herramientas del modelo del cuidado de enfermería

a) META PARADIGMA DE ENFERMERÍA O SUPUESTOS PRINCIPALES

El meta paradigma de enfermería cumple con características de neutralidad y universalidad, enfocadas a los aspectos o núcleos disciplinares que la enfermería requiere para definir su esencia en virtud de su naturaleza epistemológica. Para la comprensión del contenido, objetivos e implementación del modelo del cuidado se describe cada uno de los elementos del metaparadigma de enfermería:

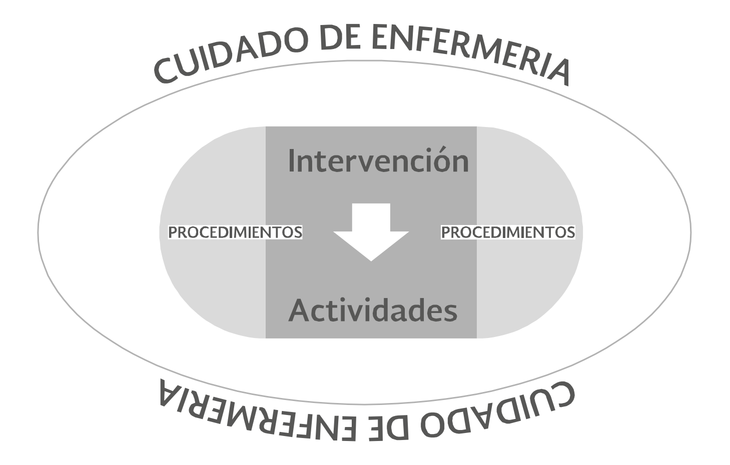


FIGURA 4. Esquema cuidado de enfermería.

Cuidado de enfermería

Acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar a través de la ciencia y arte humanístico, dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, visión integral de la persona, familia y comunidad con una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes.

Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “Un completo estado de bienestar en los aspectos físicos, mentales y sociales y no solamente la ausencia de enfermedad”.

El estado de bienestar es aprovechar al máximo las energías de las personas, además, contempla la enfermedad como un proceso reparador instituido por la naturaleza cuando se producen situaciones de falla de cuidado. Florence Nightingale imaginaba la salud como un estado que podía mantenerse mediante la prevención de la enfermedad a través del control del entorno y llamó a esta idea “enfermería de la salud” para distinguirla de la atención a pacientes enfermos en pos de su recuperación o, al menos, de la mejora de sus condiciones de vida hasta la muerte (Raile, 2015).

Persona

Individuo, familia, grupo o comunidad, entendido desde un marco holístico humanista, el individuo como ser biopsicosocial, espiritual y cultural, no es la suma de las partes sino una *“interacción del todo”* (Lineamiento GDEIPLACE, 2013). Florence Nightingale, en la mayoría de sus escritos, aludía a las personas como pacientes (Raile, 2015).

Entorno/medio ambiente

Florence Nightingale, decía que las condiciones ambientales, tienen influencia tanto en los cuerpos como en las mentes y que el fomento de mejoras en las condiciones de vida modifica el estado social de la población (Raile, 2015).

Los núcleos disciplinares del metaparadigma, integran la expresión del conocimiento del cuidado requerido para la aplicación del Proceso Atención de Enfermería (PAE). Cabe mencionar que las funciones del metaparadigma son las de resumir la misión intelectual y social de una disciplina y colocar unos límites acerca de los asuntos que trata la propia disciplina. (Kim., citado por Fawcett, 1989)

b) PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE):

Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación de resultados, ejecución de intervenciones y evaluación de resultados. (Lineamiento GDEIPLACE, 2013).

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

PLANEACIÓN

EJECUCIÓN DE INTERVENCIONES

EVALUACIÓN

FIGURA 5. Proceso de Atención de Enfermería

El PAE, es un proceso sistemático, dinámico, humanista, flexible e interactivo en cada una de sus etapas, es el elemento disciplinar y estructural del *modelo del cuidado de enfermería*. El PAE consta de cinco etapas:

1. ETAPA DE VALORACIÓN

Esta etapa permite estimar el estado de salud del usuario, familia, grupo o comunidad, respuestas humanas y fisiopatológicas con las que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.

Para el desarrollo de la etapa de valoración se utilizan como herramienta algunos de los siguientes métodos para la valoración, que permita la estandarización del cuidado de enfermería en las unidades de salud, dichos métodos son:

- Método para la valoración de enfermería:
  - Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.
  - Valoración por el método de aparatos y sistemas.
  - Valoración por el método céfalo caudal.
  - Valoración por el método de dominios NANDA.
  - Valoración por marco conceptual teórico de enfermería, de acuerdo a sus postulados principales.

Los métodos para la valoración son la primera herramienta que debe utilizarse para valorar a todo tipo de personas sanas o enfermas, en el ámbito público o privado, en la práctica institucional, privada o independiente, en clínicas, consultorios, y en todos los escenarios del ámbito ambulatorio y hospitalario.

Sin duda, esta primera etapa del proceso atención de enfermería es necesaria llevarla a cabo para dirigir, definir y estandarizar el cuidado de enfermería a través del PAE, el desarrollo del PLACE, y la aplicación de las recomendaciones de las GPCE, que dicho sea de paso es el resultado del desarrollo de la EBE, convertida en PBE.

Patrones funcionales de salud	Aparatos y sistemas	Céfalo caudal	Dominios de NANDA	Marco conceptual
1.Manejo percepción de la salud. 2. Nutricional metabólico 3. Eliminación 4. Actividad–ejercicio 5. Reposo–sueño 6. Cognitivo perceptual 7.Autopercepción–auto concepto 8. Rol-relaciones 9.Sexualidad-reproducción 10.Afrontamiento-tolerancia al estrés 11. Valores-creencias	Secuencia lógica de preguntas relacionadas con las principales regiones anatómicas del cuerpo: • Cardiovascular Respiratorio • Gastrointestinal • Neurológico • Genitourinario • Musculo esquelético • Piel y mucosas • Miembros inferiores y superiores.	Orden lógico de cabeza a pies: • Piel, pelo y uñas • Cabeza • Ojos • Oídos • Boca y garganta • Tórax y pulmones • Corazón y vasos • Tracto gastrointestinal • Aparato genitourinario • Musculo esquelético • Neurológico • Miembros inferiores y superiores.	1. Promoción de la salud 2. Nutrición 3. Eliminación e intercambio 4. Actividad/reposo 5. Percepción/cognición 6. Autopercepción 7. Rol/relaciones 8. Sexualidad 9.Afrontamiento/ tolerancia al estrés 10. Principios vitales 11. Seguridad/ protección 12. Confort 13. Conocimiento/ Desarrollo	Dorothea E. Orem Virginia Henderson Sor Callista Roy, Entre otros.

FIGURA 6. Métodos para la valoración

Es necesario comentar que la etapa de valoración por cualquiera de los referidos métodos que se realice siempre representará la columna vertebral del PAE; ya que a través de ésta se definen los cuidados de enfermería que se otorgarán a la persona enferma o en su caso a la persona sana para mantener o mejorar la salud.

Asimismo, es indispensable definir e implementar un método de valoración en cada uno de los escenarios de enfermería, tal es el caso de las clínicas de heridas, de catéteres, de estomas, de la persona adulta mayor (PAM), de clínicas para diabéticos, para el control prenatal, de cuidados paliativos, de tanatología, etc. En el sentido lógico y sistemático del PAE, ninguna acción de enfermería, ningún cuidado, ninguna intervención debe aplicarse a la persona si no existe previamente una valoración de la condición y situación de salud de ésta, de la familia, de los grupos o incluso de toda una comunidad.

La valoración de enfermería permite orientar al personal a la mejor toma de decisiones para intervenir con acciones y cuidados específicos y directos que requiere la persona en el proceso de mejorar o mantener la salud. Cada uno de los datos obtenidos en esta etapa conformará los diagnósticos de enfermería a través de conclusiones clínicas.

En los anexos 1 y 2 se muestran algunos ejemplos de la información que debe contener la valoración de enfermería, respecto a los métodos más utilizados en las unidades de salud.

La estandarización a través del *modelo del cuidado de enfermería* inicia con la decisión de utilizar y documentar el método para la valoración, mismo que deberá ser adaptado y complementado para cada localidad o tipo de paciente, especialidad, institución o incluso por entidad federativa, considerando los problemas interdependientes obtenidos con la aplicación de diversas escalas de valoración de riesgos, tales como: Escala del dolor, de úlceras, de accesos vasculares, del estado de conciencia, de sedación, entre otras de uso necesario para cada área o grupo de edad.

2. ETAPA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: CONCLUSIONES CLÍNICAS

El diagnóstico de enfermería se define como un juicio clínico sobre las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar; siendo estos la base para iniciar la etapa de planeación y por consiguiente el plan de cuidados de enfermería (PLACE).

- Clasificaciones taxonómicas de enfermería: Nursing Outcomes Classification (NOC, por sus siglas en inglés).

  Para el desarrollo de esta etapa se utilizará como herramienta, la clasificación taxonómica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA por sus siglas en inglés) en combinación con la estructura lógica del formato PES (Problema, Etiología y Signos y Síntomas), permitiendo la adaptación, adecuación y contexto de las condiciones de infraestructura, diversidad cultural, lenguaje y recursos de cada localidad.

  El personal de enfermería hará uso del pensamiento crítico y lógico, del razonamiento diagnóstico, conocimientos, experiencia, habilidades y competencias para hacer conclusiones clínicas de la situación de salud de la persona sana o enferma y con esta información redactar los diagnósticos de enfermería.

  Para hacer las conclusiones clínicas y estructurarlas en diagnóstico de enfermería, es requisito indispensable haber realizado la valoración de enfermería por cualquier método elegido.

Tipos de diagnósticos de enfermería y sus elementos

Diagnóstico real

P – Problema (etiqueta diagnóstica)
E – Etiología (Factores relacionados)
S – Sintomatología (características definitorias)

Diagnóstico potencial o de riesgo

P – Problema (etiqueta diagnóstica)
E – Etiología, causas (Factores relacionados)

Diagnóstico de salud

P – Problema (etiqueta diagnóstica)
S – Sintomatología (características definitorias)

Diagnóstico de enfermería
Etiqueta **(Problema – P)** Conocimientos deficientes en la Prevención y la detección de cáncer de mama
Factores relacionados (Causas – E) Falta de recursos para obtener la información relacionada a los medios de prevención de la enfermedad, interpretación errónea de la información, falta de interés sobre el padecimiento, falta o recursos sanitarios insuficientes para difundir la información dar respuesta a la cobertura en salud o atención médica, creencias culturales que puedan influir en la recepción de la promoción de la salud, entre otros.
Características definitorias **(Signos y Síntomas – S)** Preocupación, expresión verbal de dudas, seguimiento inexacto de las instrucciones, desarrollo avanzado de la enfermedad, entre otros.

FIGURA 7. Tipos de diagnósticos de enfermería y ejemplo de “Diagnóstico real”

Es necesario mencionar que los factores relacionados del diagnóstico de enfermería determinarán la planeación de los cuidados, las acciones, las intervenciones y recomendaciones que requiere la persona, la familia, el grupo o la comunidad para mejorar la salud física, biológica, psicológica, social, espiritual, mantener o mejorar la

condición de salud actual. Así mismo, una vez resueltos o minimizados los factores relacionados, la sintomatología en la persona, la familia, el grupo o la comunidad disminuirán o se resolverán progresivamente.

Derivado de la etapa de valoración y del diagnóstico de enfermería surge el tercer elemento metodológico del modelo del cuidado denominado, plan de cuidados de enfermería integrado por la etapa de planeación, ejecución y evaluación.

c) Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE)

Etapa de planeación del resultado esperado

Inicia después de haber formulado los diagnósticos de enfermería, y consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas humanas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enferma.

Es así como en esta etapa del PAE, inicia el plan de cuidados de enfermería, avanzando de la ejecución a la evaluación y así sucesivamente de forma cíclica y dinámica. Recordemos que el PAE cuenta con características de ser un proceso sistematizado, dinámico, interactivo y flexible, entre otras.

El plan de cuidados de enfermería (PLACE): es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se espera obtener, las estrategias, las intervenciones y la evaluación de todo ello. Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.

Estandarizado: Es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.

Estandarizado con modificaciones: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requiere la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización de la atención personalizada a un paciente concreto.

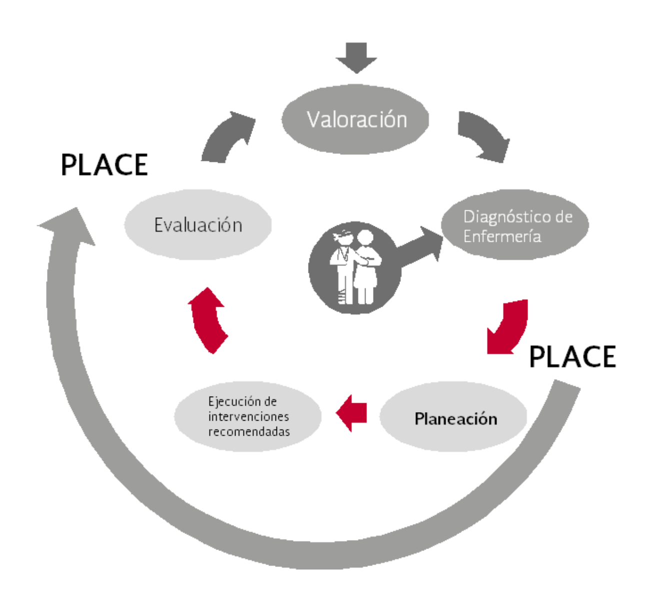


FIGURA 8. Ejemplo de desarrollo de la etapa de planeación

Diagnóstico de enfermería	Resultado esperado	Indicador del resultado	Escala de medición	Puntuación diana
Etiqueta (Problema – P) Conocimientos deficientes en la Prevención y la detección de cáncer de mama. **Factores relacionados (Causas – E)** Falta de recursos para obtener la información relacionada a los medios de prevención de la enfermedad, interpretación errónea de la información, falta de interés sobre el padecimiento, falta o recursos sanitarios insuficientes para difundir la información dar respuesta a la cobertura en salud o atención médica, creencias culturales que puedan influir en la recepción de la promoción de la salud, entre otros. **Características definitorias (Signos y Síntomas – S)** Preocupación, expresión verbal de dudas, seguimiento inexacto de las instrucciones, desarrollo avanzado de la enfermedad, entre otros.	Fomentar el conocimiento de la conducta sanitaria Adquirir el conocimiento para el fomento a la salud	• Servicios de promoción a la salud • Servicios de protección a la salud • Fomentar técnicas de auto detección • Fomentar prácticas nutricionales saludables • Fomentar beneficios de actividad y ejercicio • Fomentar métodos de planificación familiar • Descripción de conductas que fomenten la salud • Descripción de programas de prevención y detección • Descripción de autoexploración • Auto-detección recomendada de cáncer de mama • Descripción de una dieta sana • Descripción de un programa eficaz de ejercicio • Descripción de medidas para control de peso • Descripción del uso seguro de medicamentos (hormonales)	1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objetivo de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla. Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.

FIGURA 9. Ejemplo de un plan de cuidados (PLACE) para promoción de la salud en Cáncer de Mama

- **Clasificaciones taxonómicas de enfermería Nursing Outcomes Classification (NOC, por sus siglas en inglés)**

Para planear los resultados esperados, se utiliza la herramienta de la clasificación taxonómica de la Nursing Outcomes Classification (NOC por sus siglas en inglés) con la característica de ser adaptada y adecuada a las condiciones de infraestructura, diversidad cultural y recursos de los entornos, localidades y unidades de salud.

- Los resultados esperados determinarán la planeación de los cuidados, las acciones, intervenciones y recomendaciones que requiere la persona, la familia, el grupo o la comunidad para mejorar la salud física, biológica, psicológica, social o espiritual.
- Asimismo, cada resultado planeado deberá redactarse con los siguientes elementos: la acción del verbo en infinitivo, el qué y el quién, indicando el objetivo y la acción a cumplir; deberá ser medible y evaluable a corto, mediano o largo plazo, luego entonces se podrá o no determinar indicadores para medir el cumplimiento de los resultados a través de escalas y puntuación diana.
- Este *modelo del cuidado de enfermería* permite la opción de utilizar las escalas de medición y la Puntuación Diana en la evaluación de resultados esperados y obtenidos.

d) ETAPA DE EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS PLANEADOS:

Ejecución e implementación de las intervenciones recomendadas de enfermería que contribuyen a que la persona sana o enferma obtenga los resultados esperados en la planeación.

Para la aplicación de esta etapa se utilizarán como herramienta las recomendaciones emitidas en las Guías de Práctica Clínica tanto de Enfermería (GPCE), así como de las guías médicas por las sugerencias para el cuidado de la persona. Estas recomendaciones son el resultado del desarrollo de la metodología de la Medicina y la Enfermería Basada en Evidencia (EBE) a través de revisiones sistemáticas convirtiendo el cuidado en Practica Basada en Evidencia (PBE).

En este sentido la literatura menciona que la PBE permite la toma de decisiones fundamentada para una práctica de enfermería segura y con mayor asertividad. Por esta razón dentro del PAE se sugiere incluir las recomendaciones de las GPC, como eje de

actuación, derivando en el cuarto elemento metodológico del modelo del cuidado de enfermería.

- Enfermería Basada en Evidencia (Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería (GPCE) y Nursing Interventions Classification (NIC por sus siglas en inglés).

La EBE es una metodología a través de la cual se obtiene un conjunto de evidencias y recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible incluidas en las guías de práctica clínica de enfermería (GPCE) con el objetivo de guiar al profesional de enfermería y al usuario de los servicios de salud, en la mejor toma de decisiones para contribuir a la atención segura y de calidad, a través de la práctica crítica y reflexiva.

Las guías de práctica clínica: son un conjunto de evidencias y recomendaciones desarrolladas a través de la revisión sistemática de la literatura médica, con el objetivo de guiar al profesional de enfermería y al usuario de los servicios de salud, en la mejor toma de decisiones para contribuir a la atención segura y de calidad, a través de la práctica crítica y reflexiva. (Manual GPCE, 2014).

- Otra de las herramientas, es la clasificación taxonómica, de la Nursing Interventions Classification (NIC por sus siglas en inglés), intervenciones incluidas en las GPCE como **"puntos de buena práctica",** adaptadas y adecuadas a las condiciones de infraestructura, diversidad cultural y recursos de los entornos y unidad de salud.
- Cada una de las recomendaciones y puntos de buena práctica de enfermería deben ser aplicadas considerando las características particulares de la persona, asimismo, deberán ser medibles y evaluables a corto, mediano o largo plazo.

Las guías son una herramienta útil para la mejor toma de decisiones en el cuidado de enfermería, razón por la cual las recomendaciones se incorporan al ***plan de cuidados de enfermería con intervenciones basadas en la mejor evidencia científica*** para guiar, orientar y mejorar la calidad de la atención, convirtiendo la EBE en **Práctica Basada en Evidencia (PBE**) como herramienta de consulta, y conducir al personal en el ámbito ambulatorio u hospitalario, aplicando el cuidado integral y sistémico, con intervenciones independientes e interdependientes basadas en la mejor evidencia disponible.

TIPO DE INTERVENCIONES

Intervenciones independientes	Intervenciones interdependientes
Actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, acciones para las cuales está legalmente autorizada a realizar por formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren la prescripción médica previa. Son todas las acciones que realiza la enfermera para llevar a cabo la intervención y que le permitirá avanzar hacia el resultado esperado (NIC).	Actividades que el personal de enfermería lleva a cabo con otros miembros del equipo de salud; pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc. (NIC).

Un ejemplo de las intervenciones independientes es la toma de decisiones en el hacer diario de enfermería, así como la facultad concedida por el Sistema Nacional de Salud para la prescripción de medicamentos, y en los diversos escenarios de rol ampliado para enfermería tales como las clínicas de heridas, catéteres, diabéticos, consultorías de control prenatal, cuidados paliativos, control del niño sano, entre otras.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR DEL RESULTADO	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<u>Etiqueta (problema) (P):</u> Conocimientos deficientes: En la prevención y la detección de cáncer de mama. <u>Factores relacionados (causas) (E):</u> Falta de recursos para obtener la información relacionada a los medios de prevención la enfermedad, interpretación errónea de la información con la que ya se cuenta, falta de interés por saber acerca del padecimiento, falta o recursos sanitarios deficientes físicos y materiales para difundir información, dar respuesta a la cobertura en salud o atención médica, conductas negativas de las influencias culturales como: tabús y paradigmas para aceptar información o recibir atención médica, entre otros. <u>Características definitorias (signos y síntomas)</u> Preocupación, expresión verbal de dudas, seguimiento inexacto de las instrucciones, desarrollo de enfermedad, entre otros.	Fomentar el conocimiento de la conducta sanitaria Adquiere el conocimiento de fomento a la salud	o Servicios de promoción a la salud. o Servicios de protección a la salud. o Fomentar técnicas de auto detección. o Fomentar prácticas nutricionales saludables. o Fomentar beneficios de actividad y ejercicio. o Fomentar métodos de planificación familiar. o Descripción de conductas que fomenten la salud. o Descripción de programas de prevención y detección. o Descripción de auto exploración. o Autodetección recomendada del cáncer de mama. o Descripción de una dieta sana. o Descripción de un programa eficaz de ejercicio. o Descripción de medidas para control de peso. o Descripción del uso seguro de medicamentos (hormonales). o Descripción de los efectos adversos del consumo de alcohol, tabaco y drogas.	1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3.Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5.Conocimiento extenso 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3.Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5.Conocimiento extenso	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla. Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.

	Recomendaciones	Nivel / Grado	APLICADA
R	El personal de enfermería es responsable de los programas de detección de cáncer de mama considerando métodos y actividades educativas.	B SHEKELLE	
R	El personal de enfermería debe informar e influenciar a las mujeres para ser conscientes de la gravedad del cáncer de mama y fortalecer la detección oportuna.	C SHEKELLE	
R	El personal de enfermería orientará sobre los factores de riesgo para desarrollar cáncer de mama, los datos clínicos así como los beneficios de la detección temprana y las conductas favorables de salud.	B SHEKELLE	
✓	Proporcionar consejería a las mujeres permitiendo la expresión de los sentimientos, como: angustia, temor, ambivalencia, ira y negación con el propósito de disminuir éstos para facilitar la ejecución de las intervenciones y favorecer visitas subsecuentes de las usuarias.	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	
R	Fomentar actividades de educación a las mujeres respecto al cáncer de mama con el objetivo de crear conciencia del riesgo, así como realizar acciones positivas para mantener un estado de salud favorable	C SHEKELLE	
R	Los investigadores y profesionales de la salud pública, deben de considerar determinadas variantes, cuando se diseñen programas de promoción de la salud tales como: 1) Identificación de mujeres de grupos desfavorecidos, con énfasis en las zonas rurales. 2) Conocimiento del Cáncer mamario y la detección temprana. 3) La actitud hacia la salud y cáncer mamario. 4) La vulnerabilidad de Cáncer mamario. 5) Los obstáculos y beneficios para la mamografía. 6) Beneficios de la mamografía.	C SHEKELLE	
✓	Es recomendable contar con material de promoción para la salud, como: trípticos y posters tanto para la enseñanza de la autoexploración de las mamas, así como de los factores de riesgo y las características definitorias de cáncer de mama.	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	
R	Recomendar a las mujeres gestar su primer hijo antes de los 30 años.	A NICE	
R	Promover la lactancia materna ya que reduce el riesgo de cáncer de mama, especialmente si se continúa durante 1 ½ a 2 años.	A NICE	
R	El profesional de enfermería debe estar informado de la evidencia del uso de los medicamentos asociados a la reducción del riesgo de cáncer mama (tamoxifeno y raloxifeno) en mujeres sanas mayores de 35 años.	2A NCCN	
R	Educación para la salud debe estar enfocada a concientizar sobre las prácticas para la detección del cáncer de mama y las consecuencias al padecer cáncer de mama.	C SHEKELLE	
R	Informar a las pacientes que tener un factor de riesgo, o incluso varios, no significa que se padecerá la enfermedad. La mayoría de las mujeres que tienen uno o más factores de riesgo nunca desarrollan la enfermedad, mientras que muchas mujeres con cáncer de mama no tienen factores de riesgo aparentes (aparte de ser una mujer y el envejecimiento).	A NICE	
R	El profesional de enfermería debe informarse de las terapias quirúrgicas para la reducción de riesgo de cáncer de mama, y difundir a las usuarias para su conocimiento, considerando la accesibilidad a las intervenciones y la factibilidad de la terapéutica.	2A NCCN	
✓	El profesional de enfermería debe de identificar los riesgos genéticos, obteniendo o estudiando la historia familiar y construir el árbol genealógico de como mínimo, tres generaciones.	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	
R	Asegurar que las mujeres reconozcan los signos y síntomas de anormalidad considerando cualquier cambio de nueva masa o bulto de la mama, para que acudan a un profesional de la salud con experiencia en el diagnóstico de enfermedades de la mama.	A NICE *A*	
R	Rol de la enfermera especialista en el cuidado de las mamas: • Realizar la valoración física, psicológica y social a las mujeres y asegura que la intervención sea adecuada. • Evaluar las necesidades de información de la usuaria. • Estar presente durante la valoración clínica para proporcionar apoyo e información • Proporcionar información durante la exploración. • Demostrar la práctica basada en la evidencia. • Ofrecer información verbal y escrita apropiada de la detección realizada. • Registrar la información detallada del apoyo e información proporcionada. • Participar en las visitas de control de calidad a las unidades de cribado de mama en la región. La enfermera de auditoria de calidad debe identificar las áreas de interés y de oportunidad donde no se están cumpliendo las normas mínimas de la práctica y elaborar un plan de acción con el equipo de control de calidad.	A SHEKELLE	

R	La National Comprehensive Cancer Network (NCCN), recomienda el examen clínico de las mamas cada 1 ó 3 años, en mujeres entre 25 a 40 años de edad.	B NICE	
R	A partir de 40 años, las mujeres deben de realizarse anualmente un examen clínico de las mamas y la autoexploración mamaria mensualmente.	B NICE	
R	A las mujeres embarazadas y madres en periodo de lactancia se les debe ofrecer el examen clínico de mama cada 6 meses.	B NICE	
R	Realizar un examen clínico de mama minucioso con énfasis en la inspección y palpación de todo el tejido mamario incluyendo las cuencas de los ganglios linfáticos.	2A NCCN	
✓	El personal de enfermería debe certificarse anualmente para el desempeño en la detección clínica del cáncer de mama.	**PUNTO DE BUENA PRÁCTICA**	
R	Asesorar a las mujeres que deseen realizarse el autoexamen de mama, acerca de los beneficios y limitaciones potenciales, y se les debe ofrecer información de la técnica.	B NICE	
R	El límite de edad máxima para la detección del cáncer de mama no se ha establecido. Por lo tanto la recomendación será en todos los grupos etarios	2A NCCN	
R	Recomendar la realización de la autoexploración a partir de los 20 años de edad, de manera mensual entre el séptimo y décimo día del ciclo menstrual.	2A NCCN	
R	Informar a las usuarias que la autoexploración mamaria es un examen que se puede realizar fácilmente en su casa, es un procedimiento no invasivo, ayuda al diagnóstico precoz del cáncer de mama, no tiene costo, se mantiene la privacidad, y sólo toma cinco minutos realizarlo.	C *SHEKELLE*	
✓	No obstante a la controversia de evidencia científica que respaldan a la autoexploración mamaria como instrumento eficaz para la detección y el diagnóstico precoz de cáncer de mama, se recomienda ya que tiene potencial para identificar anomalías en estadio clínico temprano limitando la progresión de la enfermedad.	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	
R	Capacitar a las mujeres en la técnica de autoexploración, haciendo énfasis en la identificación de cambios en sus mamas y la demanda de atención médica oportuna ante hallazgos anormales.	C SHEKELLE	
R	Promover el examen clínico de mama como un método potencial para la detección temprana del cáncer de mama en comunidades que no tengan acceso a métodos de diagnóstico de mayor complejidad tecnológica (mamografía, ultrasonido)	C SHEKELLE	
✓	Recomendar en la mujer posmenopáusica que explore sus mamas mensualmente en un día fijo elegido por ella.	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	
R	Consejos a la paciente previo a realizarse una mamografía: • Utilice una instalación que sea especialista en la mamografía o hace varias mamografías al día. • Siempre describir al técnico que está realizando la mamografía, algún síntoma de la mama o problemas que este teniendo. • Estar preparada para describir al médico cualquier antecedente que podría incrementar el riesgo por cáncer de mama, tales como la cirugía previa, uso de hormonas, o antecedentes familiares o personales de cáncer de mama. • También consulte cualquier nuevo resultado o problemas en sus senos con su médico o enfermera antes de hacerse una mamografía.	A NICE	
R	En mujeres de 70 años o más, la decisión de continuar realizándose la mamografía debe depender de la esperanza de vida y sus preferencias.	B NICE *NATIONAL GUIDELINE*	
R	Asesorar a las mujeres sobre los posibles beneficios, riesgos y limitaciones en la detección del cáncer de mama.	2A NCCN	
R	Recomendar a las mujeres de alto riesgo con tejido mamario denso el uso de la ecografía para la detección del cáncer de mama como un complemento a la mamografía.	2A NCCN	
R	Los profesionales de salud evaluaran la recomendación u oposición a la detección del cáncer mamario por Imagen de Resonancia Magnética (RMI).	2A NCCN	

R	Al detectar una anomalía visual o palpable durante la exploración mamaria la enfermera debe tomar una decisión independiente, derivando a la usuaria a otra valoración con base a criterios estandarizados de referencia.	IIB SHEKELLE	
R	El profesional de enfermería debe informar de cualquier anormalidad clínica al momento de la detección y tomar una decisión independiente para canalizarla al siguiente nivel de atención médica en forma oportuna, basada en los criterios de referencia estandarizados por su centro laboral.	B IIB SHEKELLE	
R	Dar información a los pacientes de acuerdo con sus necesidades para contribuir a la disminución de la ansiedad y mejorar la capacidad del individuo para el afrontamiento.	A SHEKELLE	
R	Las mujeres deben recibir información por escrito sobre las pruebas de diagnóstico, incluyendo cómo prepararse para la prueba, el tipo de información que la prueba proporciona y la atención necesaria después del procedimiento.	C SHEKELLE	

FIGURA 10. Diagnóstico de enfermería del plan de cuidados de enfermería sobre prevención de cáncer de mama, con resultados esperados, indicadores de resultado y escalas de medición.

En el ejemplo anterior, se muestra la integración de algunos de los elementos metodológicos del *modelo del cuidado de enfermería*: PAE, el plan de cuidados y las recomendaciones de las GPCE. Esta integración conduce el *hacer* de enfermería a la práctica basada en evidencia (PBE) y con ello se establecen protocolos de cuidados para las mejores prácticas y su implementación en la cotidianidad del cuidado. Esta acción contribuye a mejorar la calidad de la atención de la salud de la población, y la atención multidisciplinaria, interdisciplinaria y transdisciplinaria a corto, mediano o largo plazo. Por otro lado, los elementos metodológicos del *modelo del cuidado de enfermería* permiten aplicar el conocimiento teórico a través de la ejecución de cuidados independientes.

ETAPA DE EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS:

La evaluación es la etapa continua y formal del proceso de enfermería que se encuentra presente en la etapa de valoración, diagnóstico de enfermería, planificación y ejecución de los cuidados. (Rodríguez, 2000)**.**

- Clasificación taxonómica de enfermería: Nursing Outcomes Classification (NOC, por sus siglas en inglés).

  En esta etapa se realizará el comparativo de los resultados planeados con los resultados obtenidos, utilizando como herramienta la clasificación taxonómica de la Nursing Outcomes Classification (NOC por sus siglas en inglés), adaptada y adecuada a las condiciones de infraestructura, diversidad cultural y recursos de los entornos y unidad de salud.

La redacción narrativa de resultados obtenidos debe ser acorde a la respuesta humana de la persona en cualquiera de los dos ámbitos, tanto ambulatorio como hospitalario.

El proceso Atención de Enfermería (PAE) y plan de cuidados debe ser documentado en los formatos de notas y registros de enfermería acorde a la normatividad correspondiente o institución de salud pública o privada.

Cada plan de cuidados o protocolo de enfermería cuenta con las recomendaciones de las GPCE y GPC, es así que, una vez implementadas en la cotidianidad del cuidado, debe evaluarse la efectividad, aplicabilidad y factibilidad a través de instrumentos o herramientas mediante indicadores. Uno de los instrumentos sugeridos es la cédula de apego a las recomendaciones de la GPC y el indicador de notas de enfermería.

VII. Documentación del modelo del cuidado de enfermería

Finalmente, cada una de las etapas del PAE deberá documentarse en los formatos de notas y registros de enfermería; preferentemente homologados y estandarizados en cada localidad y por niveles de atención; primero (anexo 3), segundo y tercer nivel (anexo 4) en respuesta a sus requerimientos de registro, recursos y condiciones de las unidades de atención.

Los formatos de registros de enfermería deben contar con los siguientes elementos:

1. Logotipos institucionales
2. Las cinco etapas del PAE
3. Un método de valoración estandarizado
4. Problemas interdependientes definidos
5. Diagnósticos de enfermería
6. El plan de cuidados de enfermería (PLACE)
7. Planeación de cuidados y resultados esperados
8. Ejecución de recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería (GPCE)
9. Evaluación de resultados
10. Plan de alta y recomendaciones de autocuidado
11. Nombre completo del personal de enfermería

PLAN DE ALTA (PA) Y RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO:

Se recomienda a las unidades de atención médica del ámbito hospitalario emitir, a través de un plan de alta, recomendaciones de autocuidado para la persona y familia en el ámbito ambulatorio, asimismo, dar seguimiento de cumplimiento con la finalidad de que la persona sea conducida a la recuperación de la salud, estabilización o control de la enfermedad. (Anexo 5)

VIII. Plan de acción para la implementación del modelo del cuidado de enfermería

PLAN DE ACCIÓN: Como ya se mencionó en el apartado de introducción de este documento, para la implementación del "*modelo del cuidado de enfermería*", será necesario desarrollar un "Plan de acción" en el cual se establezcan las acciones, actividades y temporalidad de cumplimiento. Dicho plan de acción deberá contener los siguientes elementos:

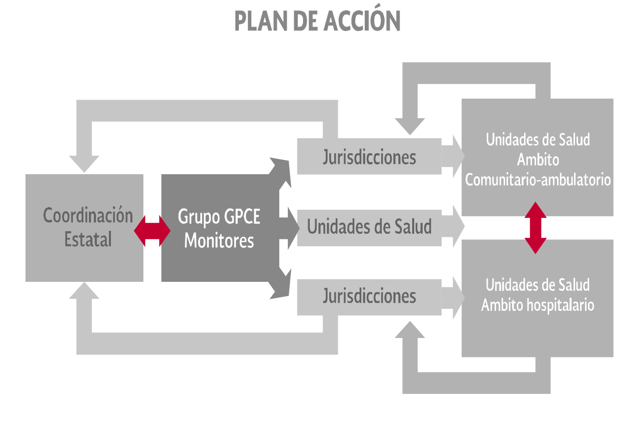


FIGURA 11. Plan de acción

1. Introducción
2. Justificación
3. Objetivos
4. Recursos
5. Mapa de procesos
6. Estrategia de implementación con indicadores de estructura, proceso y resultados en cada etapa:
    - Difusión
    - Capacitación
    - Implementación
    - Documentación
    - Evaluación
7. Cronograma
8. Anexos
9. Bibliografía
10. Responsables
11. Autorización

Además, el plan de acción a fin de representar una guía para los gerentes de enfermería en la implementación de la estrategia, deberá contar con las carácterísticas siguientes:

a) Basarse en el contexto nacional y local.
b) Alinearse a las políticas nacionales e internacionales en salud.
c) Responder a la necesidad de atención en salud prioritaria de su localidad (entidad) con base en el perfil epidemiológico de morbilidad y mortalidad.
d) Ser incluyente y equitativo, interdisciplinario, multidisciplinario y transdisciplinario.
e) Autorizado por las autoridades correspondientes.
f) Seguir el flujo del proceso a través de un mapa.

IX. Estrategia de implementación del modelo del cuidado de enfermería

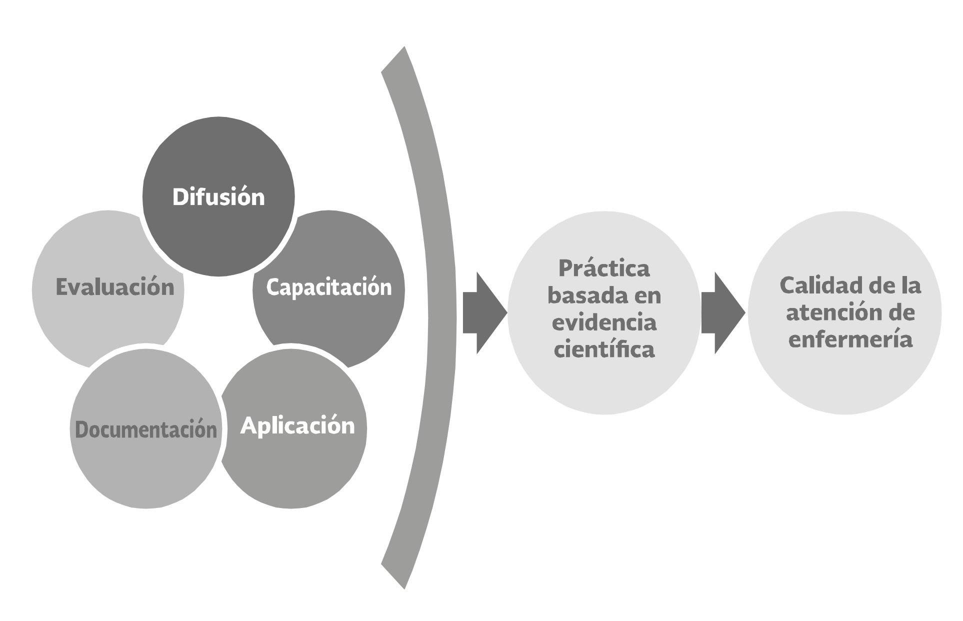


FIGURA 12. Estrategia de implementación

1. Paso de difusión

En el plan de acción estatal, sectorial o institucional, deberá programarse la difusión total y permanente en todas las unidades de atención médica de ambos ámbitos: ambulatorio y hospitalario.

El paso de difusión se evaluará con el cumplimiento de *indicadores* establecidos con base a metas propias por cada localidad.

Indicadores de medición	Resultado
Total de enfermeras y enfermeros de (nombre de la entidad federativa o institución) que conocen el primer "catálogo de planes de cuidados con intervenciones de enfermería basadas en evidencia científica" ――― Total, de personal de enfermería en…	
Total de enfermeras y enfermeros de (nombre de la entidad federativa) que conocen el "Modelo del cuidado de enfermería" ――― Total de personal de enfermería en…	

2. Paso de capacitación

Programar la capacitación del personal de enfermería en cascada en ambos ámbitos tanto comunitario como hospitalario considerando las siguientes fortalezas:

a) Capacitación de la Coordinación Estatal de Enfermería, de acuerdo a su nivel de responsabilidad.
b) Corresponsabilidad del Grupo de Desarrollo (GD) de GPCE como líderes en la transformación del cuidado de enfermería para: capacitar, monitorear, retro-informar, evaluar e informar los resultados e implementar acciones de mejora.
c) Capacitar a mandos medios en la implementación del modelo del cuidado, en el dominio de las metodologías y la utilización de las herramientas.

- Planes de cuidados con recomendaciones de las GPCE.
- Formatos de notas y registros de enfermería para el ámbito comunitario y hospitalario.
- Instrumentos de evaluación: Indicador de notas y registros de enfermería, cédulas de apego de las GPCE, tableros de control.

d) El GD y mandos medios se coordinarán para la implementación progresiva y programada del "Modelo del cuidado de enfermería" en la entidad federativa, municipio, jurisdicción o unidad de salud correspondiente.
e) Mantener la coordinación en todo momento entre Coordinación Estatal de Enfermería, GD de GPCE y mandos medios para los mejores resultados de la estrategia de implementación.

Indicadores de medición	Resultado
Total de personal de enfermería de primero, segundo y tercer nivel de atención, capacitados en la implementación y documentación de planes de cuidados de enfermería con intervenciones basadas en evidencia científica ―――――――― Total de personal de enfermería en... Agregar otros indicadores que se consideren necesarios para la medición de resultados.	

3. Paso de implementación

La implementación del modelo del cuidado de enfermería será a través de aplicación del proceso atención de enfermería, utilización de los planes de cuidados de enfermería con recomendaciones de las guías de práctica clínica tanto médicas como de enfermería y el consumo de evidencia científica en el diario cuidar.

4. Paso de documentación

Es necesario resaltar la congruencia del modelo del cuidado, en el sentido de que no se podría justificar su implementación toda vez que sea a través de documentar en los formatos de registros de enfermería.

Para esta acción se proponen en este documento, formatos específicos de registros de enfermería para documentar el modelo, con la factibilidad de aplicación en los ámbitos ambulatorio y hospitalario; cada uno de estos podrá adecuarse acorde a los requerimientos de registro por área de servicio o especialidad y respondiendo a la normatividad institucional, jurisdiccional o estatal. Las hojas de enfermería deben contener en su estructura la base metodológica disciplinar distribuida en orden lógico y sistemático conforme al:

Proceso atención de enfermería en sus cinco etapas:

- En valoración de enfermería: un método estandarizarlo a nivel institucional, jurisdiccional o estatal; preferentemente se recomienda utilizar el método de patrones funcionales de salud o céfalo caudal ya que son los de mayor dominio por el personal de enfermería.

Patrones funcionales de salud	Aparatos y sistemas	Céfalo caudal	Dominios de NANDA	Marco conceptual
1. Manejo percepción de la salud. 2. Nutricional metabólico 3. Eliminación 4. Actividad–ejercicio 5. Reposo–sueño 6. Cognitivo perceptual 7.Autopercepción– auto concepto 8. Rol-relaciones 9.Sexualidad-reproducción 10.Afrontamiento-tolerancia al estrés 11. Valores-creencias	Secuencia lógica de preguntas relacionadas con las principales regiones anatómicas del cuerpo: Cardiovascular y respiratorio. Gastrointestinal Neurológico Genitourinario Musculo esquelético Piel y mucosas Miembros inferiores y superiores.	Orden lógico de cabeza a pies: Piel, pelo y uñas Cabeza Ojos Oídos Boca y garganta Tórax y pulmones Corazón y vasos Tracto gastrointestinal Aparato genitourinario Musculo esquelético Neurológico Miembros inferiores y superiores.	1. Promoción de la salud 2. Nutrición 3. Eliminación e intercambio 4. Actividad/reposo 5. Percepción/cognición 6. Autopercepción 7. Rol/relaciones 8. Sexualidad 9.Afrontamiento/ tolerancia al estrés 10. Principios vitales 11. Seguridad/ protección 12. Confort 13.Conocimiento/ Desarrollo	Dorothea E. Orem Virginia Henderson Sor Callista Roy, entre otros

FIGURA 13. Métodos para la valoración

Así también, se considera en las hojas de enfermería el apego a la normativa institucional vigente, valoración de problemas interdependientes a través de escalas, tal como lo recomienda el Lineamiento General para la Documentación y Evaluación de la Implementación de los planes de cuidados de enfermería.

- En la etapa de diagnóstico de enfermería: el formato de enfermería propuesto cuenta con espacios distribuidos por turno, para registrar los diagnósticos correspondientes.
- En la etapa de planeación de resultados de enfermería: la hoja de registros cuenta con espacios distribuidos por turno para registrar dichos resultados.
- En la etapa de ejecución de intervenciones de enfermería/recomendadas de las GPCE: la hoja de registros cuenta con espacios distribuidos por turno, además de intervenciones establecidas que comúnmente el personal de enfermería ejecuta en la práctica diaria, asimismo, cuenta con espacios específicos para anotar las recomendaciones de las GPCE aplicadas a la persona, entre otros elementos necesarios para dejar constancia del hacer del personal de enfermería.
- En la etapa de evaluación de resultados: la hoja de registros cuenta con espacios distribuidos por turno para la anotación de los resultados obtenidos.
- Cuenta, además, con espacios para registrar el código de clasificación del plan de cuidados y de la guía de práctica clínica establecida en el Catálogo Maestro de GPC del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC).
- Plan de alta con recomendaciones de autocuidado para la persona, familia o grupo.
- Espacios para firma y nombre del personal de enfermería que brinda la atención.

La medición cuantitativa de la implementación y documentación del modelo del cuidado de enfermería será a través del siguiente indicador:

Indicadores de medición	Resultado
Número de unidades médicas del país de primero, segundo y tercer nivel de atención que implementan y documentan (modelo del cuidado de enfermería) planes de cuidados de enfermería con intervenciones basadas en evidencia científica ——— Total, de unidades de… Agregar otros indicadores que se consideren necesarios para la medición de resultados.	

5. Paso de evaluación

La evaluación de la implementación del *modelo del cuidado de enfermería* a través del PAE, PLACE con recomendaciones de las GPC y PBE, se realizará a través de dos instrumentos:

- Indicador de notas de enfermería
- Cédulas de apego a las GPCE y plan de cuidados de enfermería

Indicadores de medición	Resultado
Número de unidades de salud de... nivel de atención que evalúan con la cédula de apego en la aplicación de recomendaciones de enfermería de los planes de cuidados con intervenciones basadas en evidencia científica / Total de unidades de...	
Número de unidades de salud de ... nivel de atención que evalúan con el indicador de registros de enfermería la documentación de planes de cuidados de enfermería con intervenciones basadas en evidencia científica / Total de unidades de...	
Número de recomendaciones de enfermería del plan de cuidados con intervenciones basadas en evidencia científica aplicadas a pacientes / Total de pacientes de... Agregar otros indicadores que se consideren necesarios para la medición de resultados.	

Los indicadores de medición de resultados tienen como objetivo evaluar los resultados del proceso de la atención de enfermería a través de los cinco pasos de la estrategia y registrarlo acorde a la normatividad oficial institucional, jurisdiccional o estatal vigente a través de:

- Medir la implementación de los planes de cuidados y la calidad de los registros de enfermería a través del indicador de "registros clínicos y notas de enfermería".
- Medir la implementación del número de recomendaciones clave implementadas por plan de cuidados con evidencia científica, a través de la cédula de apego a las GPCE.

Implementación de registro clínicos de enfermería				¿El profesional de enfermería documenta en la hoja de registros clínicos y notas de enfermería?									
Datos de identificación				Identificación de la persona	Valoración de la persona	Detección de riesgos (Escalas)	Diagnósticos de Enfermería	Objetivos/resultados esperados en la persona	Plan de intervenciones	Evaluación de la evolución de la persona en el plan de cuidados	Continuidad del plan de cuidados	Plan de alta al egreso de la persona	Cumplimiento de la normatividad
Caso	Turno	Sexo	Clave										

FIGURA 14. Propuesta de indicador para la medición de la implementación de registros clínicos de enfermería

Diagnóstico clínico:	**Cáncer de mama**
CIE-9-MC / CIE-10	CIE-9MC:89.01, 89.09, 89.36 89.01, entrevista y evaluación, descritas como breves. 89.09, consulta no especificada de otra manera. 89.36, examen manual de la mama. CIE-10: C-50 Tumor maligno de la mama.
Código del CMGPC:	SS-743-15

TÍTULO DE LA GPCE			Calificación de las recomendaciones (Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)
Intervenciones de enfermería para la prevención y detección oportuna del cáncer de mama en mujeres en el primer nivel de atención.			
POBLACIÓN BLANCO	**USUARIOS DE LA GUÍA**	**NIVEL DE ATENCIÓN**	
Mujeres de 12 años y más.	Personal de salud: Personal de enfermería, estudiantes del área de la salud, personal de salud en servicio social, investigadores, médicos generales, planificadores de servicios de salud, usuarios en general.	Primer nivel de atención médica	

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	
Reforzar el conocimiento o las creencias de una mujer sobre el cáncer de mama y su detección, en consecuencia aumentar el efecto de esta información para su cumplimiento.	
Fomentar e influenciar a las mujeres con programas para la detección de cáncer de mama considerando métodos y actividades educativas.	
El personal de enfermería debe fomentar y promover realizar de 45 a 60 minutos de actividad física intencional cinco o más días a la semana. Tan sólo 1 ¼ a 2 ½ horas a la semana de caminata rápida reduce un 18% el riesgo de padecer cáncer de mama.	
Informar a las pacientes los beneficios del ejercicio y el control de peso corporal, como modificaciones de estilo de vida de mayor importancia para reducir el riesgo de cáncer de mama.	
Informar la importancia de limitar el consumo de alcohol a menos de 1 bebida al día para prevenir el cáncer de mama.	
Promover la lactancia materna, ya que reduce el riesgo de cáncer de mama, especialmente si se continúa durante 1 ½ a 2 años.	
Orientar a las mujeres para que adopten acciones específicas de autocuidado como son: disminuir el consumo de grasas de origen animal y aceite recalentado, consumir vitamina D, mantener el peso corporal ideal, realizar ejercicio físico, reducir o evitar el consumo alcohol y tabaco.	
Mencionar al médico o a la médica cualquier antecedente que podría incrementar el riesgo por cáncer de mama, tales como cirugía previa, uso de hormonas, antecedentes familiares o personales de cáncer de mama.	
Consultar cualquier problemas en sus senos con el/la médico/a o enfermero/a antes de hacerse una mamografía.	
Recomendar a la población en riesgo complementar la mamografía con la ecografía en mujeres con mamas densas y con factores de alto riesgo.	
Informar de cualquier anormalidad clínica al momento de la detección y canalizarla al siguiente nivel de atención médica oportunamente, basada en los criterios de referencia estandarizados por su centro laboral.	
RESULTADO	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)	
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)	

FIGURA 15. Ejemplo de Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la GPCE

La cédula de apego tiene el objetivo de evaluar el apego a las recomendaciones de las GPCE integradas a cada plan de cuidados y GPCE.

Incorporar los resultados al informe que se emitirá periódicamente para la evaluación de los avances e implementación de acciones de mejora continuada.

Reportar el avance de lo programado en el plan de acción, con el tablero de control de recomendaciones, así también, en el formato de informe periódico, reportando el cumplimiento o avance de cada uno de los indicadores.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección de Enfermería
Comisión Permanente de Enfermería

TABLERO DE CONTROL DE INTERVENCIONES RECOMENDADAS IMPLEMENTADAS DE CADA PLAN DE CUIDADOS

ENTIDAD FEDERATIVA ____________ JURISDICCIÓN SANITARIA: ____________ NIVEL DE ATENCIÓN: ____________
NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN: ____________
PERÍODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: ____________

NP	CLASIFICACION DE LA GPC CMGPC (1)	PLAN DE CUIDADOS (2)	RECOMENDACIONES																				TOTAL
		TIPO DE INTERVENCIÓN RECOMENDADA	PROMOCIÓN				PREVENCIÓN					DIAGNÓSTICO			ATENCIÓN					PRONÓSTICO			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	**IMSS-712-14**	Anotar titulo del plan de cuidados	(Anotar la recomendación)				(Anotar la recomendación)					(Anotar la recomendación)			(Anotar la recomendación)					(Anotar la recomendación)			
			Anotar el numero de veces que se realizo cada intervención recomendada																				

Nota: 1. GPC: Guía de Práctica Clínica; CMGPC: Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica. 2. El plan de cuidados deberá contener las intervenciones de la Guía de Práctica Clínica de Enfermería implementada.

NP	CLASIFICACION DE LA GPC EN CMGPC	PLAN DE CUIDADOS CON INTERVENCIONES DE LA GPCE IMPLEMENTADO	RECOMENDACIONES																				TOTAL
		TIPO DE INTERVENCIÓN RECOMENDADA	PROMOCIÓN		PREVENCIÓN													ATENCIÓN					
1	IMSS-712-14	Plan de cuidados y guía de práctica clínica de enfermería para la seguridad en la administración de medicamentos de alto riesgo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
			Identificar los procesos en donde se producen errores con más frecuencia	Emplear sistemas de doble chequeo	Instar al paciente a que compruebe siempre el envase y etiquetado del medicamento que le han dispensado en la farmacia, asegurándose que coincida con el prescrito	Almacenar los medicamentos de alto riesgo en un lugar diferente del resto de los medicamentos	usar etiquetas adicionales para diferenciar los medicamentos de alto riesgo	Prevenir los errores de medicación retirando los medicamentos de alto riesgo de los servicios hospitalarios en los cuales no se justifique su existencia o permanencia	Administrar el medicamento de acuerdo a la prescripción médica, considerando los efectos secundarios a las interacciones con otros medicamentos	Utilizar membretes con datos de identificación de los pacientes y los medicamentos, organizados por horario y dosis	Restringir la administración de medicamentos no etiquetados correctamente	Verificar alergias del paciente, así como tratamientos previos	Utilizar antes, durante y posterior a la transcripción y administración de medicamentos los correctos de la medicación	Colocar una etiqueta que diga CUIDADO – ALTO RIESGO a las soluciones preparadas con ración	Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiadas para la modalidad de administración de la medicación	Verificar siempre el aspecto del frasco de insulina antes de extraer la dosis	Etiquetar medicamentos con letra legible y de manera pulcra	Utilizar bomba de infusión para administrar soluciones concentradas	Verificar del paciente, el medicamento, dosis, vía y hora correcto, la caducidad del medicamento, velocidad de infusión durante la transcripción y administración de los medicamentos	Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados	Registrar la ministración de la medicación y evaluar la capacidad de respuesta del paciente al fármaco	Mantener la insulina bajo refrigeración	

Figura 16. Formato y ejemplo de tablero de control de intervenciones recomendadas implementadas de cada plan de cuidados.

Con base en resultados de los indicadores, se podrán establecer acciones de mejora continua para mejorar la estructura, el proceso y los resultados que garanticen la atención del personal de enfermería a la población, a través del modelo del cuidado de enfermería integrado con características específicas para la población mexicana, y uso del personal de enfermería en todos los niveles de atención y ámbitos de la enfermería pública y privada.

OBJETIVO GENERAL
Fortalecer la estandarización y homologación de los cuidados con el desarrollo de mejores prácticas de enfermería en las unidades de salud que componen el Sistema Nacional de Salud a través de la implementación y documentación de los planes de cuidados y las recomendaciones de las guías de práctica clínica de enfermería.

Entidad federativa, instituto u hospital:		Periodo de evaluación:	Semestral	Nivel de atención:	
Nombre de la autoridad inmediata superior:					
Cantidad unidades médicas de primer nivel de atención:				Total de unidades médicas de la entidad federativa o CCINSHAE:	
Cantidad unidades médicas de segundo nivel de atención:					
Cantidad unidades médicas de tercer nivel de atención:					
Cantidad de Recursos Humanos en Enfermería:					

2016 – 2018 100% de las unidades	Difundir el primer catálogo de planes de cuidados con intervenciones de enfermería basadas en evidencia científica en las unidades del Sistema Nacional de Salud		
INDICADORES DE RESULTADO	ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN	AVANCE	EVIDENCIA
Porcentaje de enfermeras y enfermeros de [Entidad federativa] que conocen el primer “catálogo de planes de cuidados con intervenciones de enfermería basadas en evidencia científica”. Porcentaje de enfermeras que conocen el primer “catálogo de planes de cuidados con intervenciones de enfermería basadas en evidencia científica” / Total de enfermeras en el estado de [Entidad Federativa]			

Figura 17. Propuesta de instrumento de reporte resultados de indicadores para evaluar el cumplimiento de las metas; estandarización del cuidado a través de planes de cuidados y guías de práctica clínica de enfermería.

Finalmente, es necesario mencionar que lejos de ser el “Modelo del cuidado de enfermería” solamente una propuesta para integrar los elementos metodológicos de la disciplina, en México hoy es una realidad.

Varios estados de la república mexicana trabajan arduamente desde el 2016 en la aplicación de éste, cosechando resultados de importancia para la persona involucrada, para el personal de enfermería y para las mismas instituciones de salud en los dos ámbitos, tanto el comunitario como el hospitalario. Un ejemplo de ello son los estados de Morelos, Tlaxcala, Campeche, Puebla, Sinaloa, Chiapas, Oaxaca, entre otros que iniciaron en 2017 y 2018 como Chihuahua, Coahuila, Michoacán, Veracruz, Guanajuato, Hidalgo, Hospitales Federales de Referencia, Secretaría de Salud de la CDMX y Hospitales Regionales de Alta Especialidad, respecto a la Secretaría de Salud como Institución. Además, a esta estrategia, con la mejor intención de contribuir a mejorar la práctica de enfermería, se suman en ese mismo año el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y Petroleos Mexicanos (PEMEX). En la capacitación para la implementación y documentación del modelo del cuidado, se promueve la aplicación de dos o tres planes de cuidados basados en evidencia científica enfocados al perfil epidemiológico y factores de riesgo de morbilidad o mortalidad de la población mexicana, a fin de contribuir a la respuesta de la atención en salud.

La propuesta del modelo del cuidado de enfermería para su implementación en el Sistema Nacional de Salud (SNS), sin duda conducirá al establecimiento de estándares de medición y evaluación de la calidad del cuidado de enfermería, basados en el PAE, en PLACE, en las recomendaciones de las GPC y los registros en los formatos de enfermería.

Se recomienda que para fortalecer la implementación del modelo, cada entidad federativa desarrolle adicionalmente instrumentos propios para facilitar el desempeño del personal de enfermería en las mejores prácticas.

Indudablemente cada paso que da la enfermería mexicana, representa un gran reto, sin embargo nada hasta el momento limita su avance y contribución a mejorar la calidad y seguridad del paciente. Nada al momento desde el surgimiento de la enfermería hace más de 200 años, ha truncado su avance a la consolidación disciplinar.

X. Glosario de términos

Actividades de enfermería: Actividades o acciones específicas que realizan los profesionales de enfermería para llevar a cabo una intervención y ayudar al paciente a avanzar hacia el resultado deseado. Las actividades de enfermería se traducen en una acción concreta. Para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades

Documentar: Proporcionar documentos para acreditar algo que se dice o se escribe. "tienes que documentar bien el trabajo que presentes; no he podido documentar esta voz antes de 1689" Informar a alguien, proporcionándole documentos, sobre un asunto en el que va a intervenir.

Estandarizar. Ajustar a alguien o algo a un estándar. "los asesores ideológicos se propusieron estandarizar un tipo de discurso capaz de superar brechas regionales, culturales y de clase social, a fin de disminuir los prejuicios en contra de la industria privada" Fabricar un producto en serie con arreglo a un estándar o patrón determinado

Guía de práctica clínica (GPC): Son declaraciones que incluyen recomendaciones dirigidas a optimizar la atención a los pacientes y que se basan en la revisión sistemática de la evidencia y la valoración de los beneficios y los riesgos de las opciones asistenciales alternativas.

Guía de práctica clínica de enfermería (GPCE): Son un conjunto de evidencias y recomendaciones desarrolladas a través de la revisión sistematica de la literatura médica, con el objetivo de guiar al profesional de enfermería en la mejor toma de decisiones para contribuir a una atención segura y de calidad, a través de la práctica crítica y reflexiva.

Homologar: Igualación o comparación de una cosa con otra por tener ambas en común características referidas a su naturaleza, función o clase. "los sindicatos piden la homologación de los diversos convenios colectivos"

Interculturalidad en salud: se entiende como la capacidad que el personal de salud tiene de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, a la vida y a la muerte, a los aspectos biologicos, sociales y relacionales, entendidos estos últimos no solamente con los entornos visibles sino con la dimensión espiritual de la salud.

Implementar: Poner en funcionamiento o llevar a cabo una actividad determinada.

Medicina Basada en Evidencia (MBE): La utilización consciente, explicita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente.

Práctica Basada en Evidencia (PBE): Enfoque dirigido a la solución de los problemas surgidos en la práctica clínica cuya característica más relevante es la toma de decisiones basadas en la mejor evidencia.

Protocolo de enfermería: Definido como una secuencia lógica de actividades a desarrollar frente a un problema de salud o área a mejorar el cual permite poca o ninguna variación de las acciones y su utilización se orienta más a aspectos de carácter normativo – administrativo, señalando los pasos convenidos a seguir entre los interesados frente a un problema asistencial, con gran nivel de detalle y sin presentar múltiples alternativas, lo que operacionaliza actuaciones ante hechos clínicos determinados, especificando al responsable de las acciones, así como los recursos necesarios.

Registrar: Escribir en un registro el nombre de alguien o de algo, en especial cuando es de carácter oficial. "Registrar una propiedad; registrar un nacimiento en el registro civil. Anotar cosas para incluirlas en una lista o relación o para recordarlas. Dejar registro impreso de imágenes, sonidos o música en un disco, en una cinta magnética o en otro soporte material para poderlos reproducir.

XI. Referencias bibliográficas

1. Amaro Cano, María del Carmen. (2004). Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Revista Cubana de Enfermería, 20(3) Recuperado en 07 de marzo de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009&lng=es&tlng=es. Consultada 3 de marzo de 2018
2. Actas de Consejo Técnico: 1945 a 1960; 1975 a 1979; 1980 a 1983 y 1984 a 2003. Arroyo de Cordero Graciela, Trabajos y Discursos 1991-1994, México, ENEO-UNAM, 1995. Pérez Cabrera Iñiga, ENEO 100 años 1907-2006, México, ENEO-UNAM, 2006. (http://www.eneo.unam.mx/nosotros/historia-de-la-enfermeria.php). Consultada 3 de marzo de 2018
3. Almaguer González José Alejandro, Mas Oliva Jaimes y Cols. (2009, 2da edición). Interculturalidad en Salud experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. México: Secretaría de Salud, Gobierno Federal.
4. Bernstein, Joseph MD, MS., J Am Acad Orthop Surg "Medicina Basada en Evidencia", (Ed. Esp) 2004; 3:152-160. J Am Acad Orthop Surg 2004; 12:80-88
5. Bertha A. Rodríguez. (2000). Proceso Enfermero, aplicación actual. México: Segunda Edición, ediciones Cuellar. Páginas 277.
6. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud. Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. Comisión Interinstitucional de Enfermería. México, D.F. diciembre, 2001. ISBN-970-721-023-0
7. Cuba, E., El Dialogo de paradigmas alternativos. En dialogo de paradigmas, Sage Publications, 1990.
8. Gálvez, Toro Alberto., Enfermería Basada en Evidencia "Como incorporar la investigación a la práctica de los cuidados, Fundación INDEX, investigación y corporación en salud. Segunda edición, 2007. ISBN: 84-931966-6-5., Granada España. Páginas 346.
9. Hernández-Conesa, J. M., Moral de Calatrava, P., Esteban-Albert, M. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método. 2ª. Edición, 2003., Mc. Graw-Hill Interamericana. España.
10. Kérouac S., Jacinthe Pepin, Francine Ducharme, André Duquette, Francine Major. El Pensamiento Enfermero., editorial Masson, 2005. Barcelona, España.
11. Frankl, V.E. La voluntad de sentido. Editorial Herder, Barcelona, 1996.
12. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud. Comisión Permanente de Enfermería. Lineamiento General para la Documentación y Evaluación de la Implementación de los planes de cuidados de enfermería, primera edición 2013, Ciudad de México.
13. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Subsecretaria de integración y Desarrollo del Sector Salud. Secretaría de Salud. Manual metodológico para la integración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Primera edición 2013, ISBN 978-607-460-398-9, Ciudad de México.
14. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Subsecretaria de integración y Desarrollo del Sector Salud. Secretaría de Salud. Manual metodológico para la integración de guías de práctica clínica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, Primera edición 2013, Ciudad de México.

15. Monti, F., y Tinger, M. Múltiples paradigmas de la ciencia de enfermería. ANS, 1999
16. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico publicada el 15 de octubre del 2012. Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Salud.
17. Organización Panamericana de la Salud, Facultad de Psicología Universidad Diego Portales. Personas que cuidan personas: Dimensión humana y trabajo en salud. Santiago de Chile; Publicado por OPS/OMS, 2012. ISBN: 978-92-75-31695-5
18. Parker, Marilyn, Teorías de enfermería y práctica de enfermería. Editorial F.A. Davis Co. USA, 2001.
19. Programa Sectorial de Salud y con el Programa de Acción Específico de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
20. Programa Sectorial de Educación, 2013-2018. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Secretaría de Salud. Gobierno Federal.
21. Plan Nacional de Desarrollo, México, 2013-1018, Secretaría de Salud. Gobierno Federal.
22. Secretaria de Salud. Programa Rector de la Comisión Permanente de Enfermería 2013-2018.
23. Raile Alligood, Martha., Modelos y teorías en enfermería., Octava edición en español, 2015 Elsevier, Barcelona, España, paginas 703.
24. Rodriguez S. Bertha Alicia., Proceso enfermero, ediciones Cuellar., Guadalajara México. ISBN: 968-7022-77-9. Páginas 227.
25. Ruiz Medina, Manuel Ildefonso. – tesis doctoral, Políticas públicas en salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, México. – 2011.
26. Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence Based Medicine: What it is what it isn´t. BMJ, 1996; 312:71-2.
27. Secretaría de Salud. (2001). Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. Consultado el día 5 de febrero de 2018 de http://hmasqueretaro.mx/pdf/codigo-etica-enfermeros.pdf
28. Waldow VR. Cuidar: expresión humanizadora de la enfermera. México: Palabra Ediciones; 2008.

XII. Anexos

Anexo 1.Método para la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

PERCEPCION Y SALUD	M	V	N	NUTRICION	M	V	N	ELIMINACION	M	V	N	ACTIVIDAD Y EJERCICIO	M	V	N
Higiene personal (Baño)				Número de comidas al día.				Disuria				Cianosis			
Higiene bucal				Trastornos alimenticios				Enuresis				Disnea			
Frecuencia:				Cual:				Incontinencia urinaria				Inmovilización			
Higiene de manos				Disfagia				Oliguria				Problemas de movilidad			
Frecuencia:				Caquexia				Anuria				Sistemas de Ayuda			
Problema de salud				Ageusia				Poliuria				Tos			
Cual:				Sobrepeso				Retención urinaria				Ejercicio físico			
Riesgo laboral:				Desnutrición				Hematuria				Aburrimiento			
Cual:				Polifagia				Edema				Deambulación			
Tratamiento farmacológico				Halitosis				Drenaje urinario				Sedentarismo			
Esquema de vacunación				Nauseas				Nicturia				Incapacidad			
Consumo de sustancias				Vómito				Tenesmo vesical				Marcha estable			
Cual:				Dentición completa				Incontinencia fecal				Equilibrio			
Estudios Ginecológicos				Otros				Flatulencias				Praxias			
Cuales:				COGNITIVO -PERCEPTUAL				Ruidos intestinales				Temblor			
Estudios Masculinos				Problemas de visión				Diarrea				Fatiga			
Cual:				Problemas de audición				Distención abdominal				Hipotonía muscular			
Conciencia de salud				Problemas de olfato				Flatulencias				Parálisis			
Manejo de régimen terapéutico				Problemas del gusto				Estreñimiento				Paresias			
Otros				Dislalia				Sudoración				Deterioro musculo esquelético			
SUEÑO - DESCANSO	M	V	N	Disartria				AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO	M	V	N	ROL-RELACIONES	M	V	N
Hora sueño/día				Anestesia sedación				Problemas con la imagen corporal				Se siente solo			
Siestas				Parálisis Cerebral				Impotencia				Problemas en las relaciones Sociales			
Presencia de ronquidos				Hemiplejia				Angustia				Problema de relación laboral			
Problemas con el sueño				Alteraciones mentales				Depresión				Falta de tiempo			
Problemas para conciliar el sueño				Orientado				Ansiedad				Conflicto familiar			
Ayuda para dormir				Problemas Táctiles				Sentimientos negativos				Expresión de culpa			
Insomnio				Ilusiones				Hipotímico				Duelo			
Estrés				Cenestésicas				Eutímico				Barreras socioculturales			
Interrupciones del sueño				Orientado en tiempo y espacio				Hipertímico				Problemas entre padres e hijos			
Se levanta cansado				Orientado en lugar				Carencias afectivas				Barreras socioculturales			
Sueño reparador				Orientado en persona				Cambios frecuentes de estado de animo				Problemas en la educación del niño			
Otros				Orientado en Circunstancias				Postura corporal				Alteración en los cuidados del niño			
				Otros				Patrón de voz				Pérdidas significativas			
SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN				ADAPTACION TOLERANCIA AL ESTRÉS				Contacto visual				Conductas inefectivas en el duelo			
								Fracasos, rechazos				Rol familiar			
Menarca				Problemas de adaptación				Tristeza prolongada				Apoyo familiar			
Edad de la menarquia				Estrés				Problemas de autoestima				Violencia doméstica			
Dismenorrea				Agentes estresantes				Verbalizaciones auto negativas				Presencia de abuso			
Alteración del ciclo menstrual				Sistemas de apoyo contra el estrés				Expresiones de desesperanza				Familia mono parenteral			
Embarazo				Ayuda para relajación				Otros				Otros			
Edad gestacional				Técnicas de relajación				VALORES Y CREENCIAS							
Alteración genital				Hipersensibilidad a criticas				Satisfecho con su vida				Terapias para su salud			
Uso anticonceptivos				Cambios en el estilo de vida				Planes de futuro				Conducta incongruente con los valores			
Contacto sexual de riesgo				Intolerancia familiar				Ve bien su futuro				Impotencia			
Abortos				Comunicación familiar limitada				Práctica alguna religión				Costumbres culturales de riesgo para la salud			
Problemas de fertilidad				Dependencia familiar				Tipo de religión				Actitud ante conflicto con las terapias			
Menopausia				Intolerancia familiar				Aceptación de su enfermedad				Prácticas religiosas de riesgo para la salud			
Enfermedades de transmisión sexual				Minimiza los síntomas				Capacidad de decidir				Otros			
Violación				Preocupación excesiva				Actitud ante el sufrimiento							
Dificultades en las relaciones sexuales				Ansiedad				Actitud ante el sufrimiento-dolor							
Satisfacción de las relaciones sexuales				Temor				Conflicto en valores/creencias personales							
Sangrado vaginal				Tolerancia al estrés				Actitud ante la vida muerte							

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO
RESPONSABLE DE ENFERMERÍA			
JEFATURA DE SERVICIO			
SUPERVISIÓN			

Anexo 2. Método para la valoración por aparatos y sistemas

SISTEMA CARDIORESPIRATORIO				
Acufenos	Disfonía	Dolor torácico	Crepitaciones	Edema
Fiebre	Fosfenos	Epistaxis	Tos	Murmullo vesicular
Varices	Disnea	Palpitaciones	Obstrucción nasal	Estertores
Vasculitis	Mareo	Respiración fatigosa	Anasarca	Hemoptisis
Alteraciones de la voz	Diaforesis	Rudeza respiratoria	Expectoración	Sibilancias
Cansancio	Cianosis	**Otro:**	**Otro:**	**Otro:**
SISTEMA DIGESTIVO				
Acolia	Aerofagia	Anorexia	Diarrea	Borborigmo
Cólico	Regurgitación	Constipación	Flatulencias	Disfagia
Dolor abdominal	Eructo	Estreñimiento	Hipo	Halitosis
Hematemesis	Melena	Hipofagia	Polidipsia	Ictericia
Pujo	Náuseas	Pirosis	Xerostomía	Polifagia
Hambre	Masticación	Prurito anal	Bulimia	Dispepsia
Distensión abdominal	Sed	Vomito	Ostomia	Fistula
Otro:	Otro:	Otro:	Otro:	Otro:
SISTEMA URINARIO				
Acoluria	Anuria	Coluria	Disuria	Polaquiuria
Incontinencia	Nicturia	Oliguria	Piuria	Hematuria
Retención urinaria	Otro:	Otro:	Otro:	Otro:
SISTEMA GENITAL FEMENINO				
Amenorrea	Dismenorrea	Metrorragía	Oligomenorrea	Leucorrea
Vulvoganitis	Lesiones	Otro:	Otro:	Otro:
SISTEMA GENITAL MASCULINO				
Hidrocele	Dolor	Secreción	Edema	Lesión
Otro:	Otro:	Otro:	Otro:	Otro:
SISTEMA ENDOCRINO				
Bocio	Caquexia	Pérdida de peso	Acné	Hipertrofia genital
Hipoplasia genital	Otro:	Otro:	Otro:	Otro:
SISTEMA NERVIOSO				
Trast. De la conciencia	Cefalea	Convulsiones	Disestesia	Parálisis
Parestesia	Otro:	Otro:	Otro:	Otro:
SISTEMA TEGUMENTARIO				
Lesión	Erupciones	Macula	Micosis	Pelo
Papula	Prurito	Palidez	Mucosas	Urticaria
Otro:	Otro:	Otro:	Otro:	Otro:
SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO				
Deformidad ósea	Hipotonía	Inflamación	Limitación del mov.	Marcha
Fuerza muscular	Hemiplejía	Paraplejía	Mialgia	Atrofia
Tendencia de fractura	Fractura (s)	Otro:	Otro:	Otro:
SISTEMA HEMÁTICO Y LINFÁTICO				
Petequias	Adenitis	Anemia	Equimosis	Hemólisis
Astenia	Linfagitis	Otro:	Otro:	Otro:
ASPECTOS PSICOLÓGICOS, ESPIRITUALES, EMOCIONALES Y SOCIALES				
Insatisfacción	Baja autoestima	Estrés	Llanto	Confusión
Desesperanza	Abandono	Tristeza	Estados maníacos	Dudas
Trastorno psiquiátrico	Apatía	Cambio en el rol social	Adicción	Tras de personalidad
Crisis situacionales	Depresión	Resentimiento	Pasividad	Culpa
Acontecimiento traumático	Aislamiento	Rechazo	Hiperactividad	Violencia
Conducta indecisa	Fracaso	Conformismo	Vergüenza	Duelo
Conocimientos deficientes	Temor	Preocupación	Dependencia	Fatiga
Tras. De la imagen corporal	Abuso	Inquietud	Insomnio	Nerviosismo
Afrontamiento inadecuado	Conflicto	Somatización	Frustración	Discapacidad
Retraso en el desarrollo	Cognición	Falta de reconocimiento	Incertidumbre	Angustia
Dificultades económicas	Otro:	Otro:	Otro:	Otro:
		Otros:		

Nombre completo y firma	Matutino	Vespertino	Nocturno
Responsable de enfermería			
Jefatura de servicio			
Supervisión			

ANEXO 3. FORMATO DE REGISTROS DE ENFERMERÍA PARA PRIMER NIVEL.

PLAN DE CUIDADOS

Habitus exterior

JURISDICCIÓN: ____________ UNIDAD MÉDICA: ____________

No. DE EXPEDIENTE: ____________ DERECHOHABIENCIA: P/A [ ] SP [ ] PROSPERA [ ] No. DE PÓLIZA: ____________

NOMBRE COMPLETO: ____________ SEXO HOMBRE [ ] MUJER [ ]

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO: [DÍA | MES | AÑO] ESCOLARIDAD: ____________ ESTADO CIVIL: ____________ OCUPACIÓN: ____________

EDAD: ____________ LUGAR DE PROCEDENCIA: ____________

DOMICILIO: ____________ NUM. TELEFÓNICO: ____________

CALLE NUM COLONIA MUNICIPIO/DELEGACIÓN AGEB:

ALERGIAS: NO [ ] SI [ ] ____________ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE O CUIDADOR: ____________

ESPECIFICAR

VALORACIÓN DE CONSTANTES VITALES					SOMATOMETRÍA			
VISITAS/CONSULTA		1RA.	2DA.	3RA.	VISITAS/CONSULTA	1RA.	2DA.	3RA.
FECHA					PESO ACTUAL			
HORA					PESO IDEAL			
EDAD ACTUAL					TALLA			
TENSIÓN ARTERIAL					ÍNDICE DE MASA CORPORAL			
FRECUENCIA CARDIACA					PERÍMETRO CEFÁLICO			
FRECUENCIA RESPIRATOR					PERÍMETRO ABDOMINAL			
TEMPERATURA					PERÍMETRO DE CADERA			

PROGRAMAS DE ATENCIÓN

ESQUEMA DE VACUNACIÓN				CONTROL PRENATAL			
VISITA/CONSULTA	1RA.	2DA.	3RA.	VISITA/CONSULTA	1RA.	2DA.	3RA.
COMPLETO:	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	MENOS DE CINCO			
OBSERVACIONES:				CINCO O MAS			
				CONOCE LOS SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]

TRATAMIENTO ACORTADO ESTRICTAMENTE SUPERVISADO			
SI [ ] NO [ ]	(TAES)		
VISITA/CONSULTA	1RA.	2DA.	3RA.
FASE INTENSIVA			
FASE DE SOSTÉN			
OBSERVACIONES:			
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS			
SI			
NO			
TIPO			
ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS			
SI			
NO			
CUANDO			

VALORACIÓN ADULTO MAYOR			
VISITA/CONSULTA	1RA.	2DA.	3RA.
MALTRATO SI [ ] NO [ ]			
DETERIORO COGNOSCITIVO SI [ ] NO [ ]			
DEFICIENCIAS AUDITIVAS SI [ ] NO [ ]			
DEFICIENCIAS VISUALES SI [ ] NO [ ]			
ABANDONO SI [ ] NO [ ]			
DATOS OBJETIVOS:			
CUESTIONARIO SI [ ] NO [ ]			

CONTROL DE NUTRICIÓN			
VISITA/CONSULTA	1RA.	2DA.	3RA.
NORMAL			
OBESIDAD			
SOBREPESO			
DESNUTRICIÓN			
ENFERMEDAD/ES CRÓNICA/S			
DIABETES MELLITUS			
HIPERTENSIÓN ART			
OBESIDAD			
DISLIPIDEMIAS			
OTRAS			

OTROS PROGRAMAS:

REFERENCIA:

PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
MÉTODO ANTICONCEPTIVO	
SI [ ]	NO [ ]
ESPECIFICAR:	

DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD											
DETECCIONES	1RA.	2DA.	3RA.	RESULTADO	CASO SOSP	DETECCIÓN	1RA.	2DA.	3RA.	RESULTADO	CASO SOSPECHOSO
CUANTIFICACIÓN DE LÍPIDOS						BACILOSCOPÍA					
ALTERACIÓN DE TENSIÓN ARTERIAL						TAMIZ NEONATAL					
GLICEMIA CAPILAR						PRUEBA RAPIDA VIH					
CITOLOGÍA CERVICAL						PRUEBA RAPIDA SÍFILIS					
TOMA DE HÍBRIDOS						OTRA:					
EXPLORACIÓN DE MAMA						CUESTIONARIO DE DETECCIÓN:					
PRUEBA RAPIDA DE ANTÍGENO PROSTÁTICO						OBSERVACIONES:					

DATOS OBJ Y SUBJ	VISITAS/CONSULTAS	
	1RA.	
	2DA.	
	3RA.	

	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCIONES / RECOMENDACIONES DE LA GPCE
1RA. VISITA/CONSULTA			
2DA. VISITA/CONSULTA			
3RA. VISITA/CONSULTA			

PLAN TERAPÉUTICO	MEDICAMENTO/ BIOLOGÍCO		PRESENTACIÓN	DOSIS	VÍA	HORA	MEDICAMENTO/ BIOLOGÍCO	PRESENTACIÓN	DOSIS	VÍA	HORA	MEDICAMENTO/ BIOLOGÍCO	PRESENTACIÓN	DOSIS		VÍA	HORA

INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

TEMA	VISITA/CONSULTA			TEMA	VISITA/CONSULTA			TEMA	VISITA/CONSULTA		
	1RA.	2DA	3RA		1RA.	2DA	3RA		1RA.	2DA	3RA
INCORPORACIÓN AL PROGRAMA DE SALUD				PREVENCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO				SOBREPESO, OBESIDAD, DIABETES MELLITUS,			
ENTREGAY/O ACTUALIZA CARTILLA NACIONAL DE SALUD				SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA				ENTORNO FAVORABLE A LA SALUD (VIVIENDA, ÁREAS DE			
ALIMENTACIÓN CORRECTA				INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL, VIH/SIDA				CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO DEL NIÑO Y LACTANCIA			
HIGIENE PERSONAL				CONSEJERÍA ANTICONCEPTIVA				PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS			
ACTIVIDAD FÍSICA				ENVEJECIMIENTO SALUDABLE				CULTURA PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS			
SALUD BUCAL				PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE				CAPACITACIÓN A MADRES EN CUIDADO DEL MENOR DE 5 AÑOS			
DESARROLLO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA				PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD PROSTÁTICA				PREVENCIÓN DE ACCIDENTES			
PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA				SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA (IRAS Y EDAS) A				INCORPORACIÓN A SESIONES O GRUPOS DE AYUDA MUTUA			

CODIGOS DEL (CMGPC) DE LAS GPCE APLICADAS					

OTROS PROGRAMAS			
EVALUACION			

NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERÍA	NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERÍA	NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERÍA
HORA TERMINO:	HORA TERMINO:	HORA TERMINO:
NOMBRE Y FIRMA DEL INMEDIATO SUPERIOR DE ENEFERMERÍA	NOMBRE Y FIRMA DEL INMEDIATO SUPERIOR DE ENEFERMERÍA	NOMBRE Y FIRMA DEL INMEDIATO SUPERIOR DE ENEFERMERÍA

Anexo 4. Formato de registros de enfermería para segundo y tercer nivel de atención.

HABITÚS EXTERIOR

Fecha ____/____/____ Días de estancia ____________ Servicio ____________ Cama ______

Nombre del paciente ______________________________

Fecha de Nacimiento: ______________ Edad: ______

Escolaridad: ______________ Idioma: ______ Sexo H ____ M ____

Estado civil ______________ Ocupación: ______________

Grupo Sanguíneo ______ RH ______ Alergias: No ______ Si (Especificar) ______________

Clasificación del estado de salud											
Muy grave			Grave			Delicado			Mejorado		
M	V	N	M	V	N	M	V	N	M	V	N

Folio de Seguro Popular ______________ No. de Expediente ______________

Orientación al ingreso Si ______ No ______ Fecha de Ingreso: ____/____/____ Hora de Ingreso: ______

Diagnóstico Médico

Constantes Vitales		Turno Matutino							Turno Vespertino							Turno Nocturno									
FC	Temperatura	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
170	40.5																								
160	40																								
150	39.5																								
140	39																								
130	38.5																								
120	38																								
110	37.5																								
100	37																								
90	36.5																								
80	36																								
70	35.5																								
60	35																								
50	34.5																								
Presión arterial																									
Presión arterial media																									
Frecuencia respiratoria																									
Oximetría de pulso																									
Llenado capilar																									
Presión venosa central																									
Glicemia capilar																									
Talla	Peso																								
I M C	Perimetro cefálico																								
	Perimetro abdominal																								
Otras mediciones																									
Reactividad pupilar																									
Escala de Glasgow																									
Riesgo de caídas																									
Riesgo de ulceras por presión																									
Escala del dolor																									
Escala de flebitis																									

VALORACIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS

APARATO O SISTEMA ALTERADO	M	V	N	APARATO O SISTEMA ALTERADO	M	V	N	APARATO O SISTEMA ALTERADO	M	V	N	APARATO O SISTEMA ALTERADO	M	V	N
SISTEMA CARDIORESPIRATORIO				SISTEMA URINARIO				SISTEMA ENDOCRINO				SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO			
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA GENITAL FEMENINO				SISTEMA NERVIOSO				SISTEMA HEMÁTICO Y LINFÁTICO			
SISTEMA URINARIO				SISTEMA GENITAL MASCULINO				SISTEMA TEGUMENTARIO				ASPECTOS PSICÓLOGICOS, ESPIRITUALES, EMOCIONALES Y SOCIALES			

DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

Turno	Hora	Diagnósticos de Enfermería	Resultados Esperados	Hora	Intervenciones y/o recomendaciones GPC de enfermería
Matutino					
Vespertino					
Nocturno					

Prevención de caídas	M	V	N	Prevención de úlceras por presión	M	V	N	Cuidado de las heridas	M	V	N	Cuidado de accesos vasculares	M	V	N
Ayuda en la deambulación				Lubricación de la piel				Inspección de la herida				Preparación d la piel en el sitio de inserción			
Colocación de barandillas laterales				Ejercicios de movilización pasiva				Curación de la herida				Curación de catéter			
Sujeción gentil				Posición alineada				Presencia de signos de infección				Uso de barrera máxima			
Orientación al Paciente y/o familiar sobre el riego de caídas				Cambios posturales cada dos horas	8 10 12 14 16 18			Presencia de sangrado				Rotación de CVP			
					20 22 24 2 4 6			Supuración de la herida				Lugar anatómico de catéter			

Oxigenoterpia	Si			No			Si			No			Si			No		
Sistemas y/o dispositivos	Masc.	P.N.	CPAP	BPAP	V.M.	OTRO	MASC.	P.N.	CPAP	BPAP	V.M.	OTRO	MASC.	P.N.	CPAP	BPAP	V.M.	OTRO

Sonda Nasogástrica			
Si	No	Calibre (FR):	
Fecha de Instalación	/ /		
Fecha de Cambio	/ /		
Observaciones			

Sonda Vesical			
SI	NO	Calibre (FR):	
Fecha de Instalación	/ /		
Fecha de Cambio	/ /		
Dias de Permanencia			

Características de la orina											
TURNO	M	V	N	TURNO	M	V	N	Otras	M	V	N
Amarillo claro				Hematuria							
Comcentrado				Piuria							
Con sedimiento				Tyurbia							

Terapia intravenosa

No.	Soluciones/NPT/Elementos Sanguíneos/Electrolitos	Duración	Inicio	Termino	Gotas por minuto

Medicación

Nombre genérico del medicamento	Dosis	Frecuencia	Vía	Horarios		
				Matutino	Vespertino	Nocturno

Monitorización nutrimental y líquidos vía oral		
Turno Matutino	**Turno Vespertino**	**Turno Nocturno**
Tipo de Dieta:	**Tipo de Dieta:**	**Tipo de Dieta:**
Observaciones:	**Observaciones:**	**Observaciones:**

Ingresos / Egresos																									
Hora		**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Ingresos (mililitros por hora)	Via oral																								
	Soluciones parenterales																								
	Sondas																								
	Medicamentos																								
	Elementos sanguíneos																								
	NPT																								
	Otros																								
Total por turno																									
Egresos	**Uresis**																								
	Evacuaciones																								
	Sangrado																								
	Perdidas insensibles																								
	Vómito																								
	Drenajes																								
	Succión																								
	Otros																								
Total por turno																									
Balance de líquidos en 24 horas		**Ingresos**							**Egresos**							**Balance total**									

Estudios de Laboratorio y Gabinete			
Estudios	**Turno Matutino**	**Turno Vespertino**	**Turno Nocturno**
Exámenes de Laboratorio			
Estudios de diagnóstico por imagen			
Gasometría			
Interconsulta			
Otros			

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS					
Hora	**Turno Matutino**	**Hora**	**Turno Vespertino**	**Hora**	**Turno Nocturno**

CODIGOS DEL (CMGPC) DE LAS GPCE APLICADAS							

PLAN DE ALTA / RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO		
Signos y sintomas de alerta que ponen en riesgo la vida		Hora de egreso:
Ministración de medicamentos y reacciones adversas		Nombre y firma del Paciente / Familiar / Tutor que recibe las recomendaciones e información.
Control de citas		
Tipo de dieta		
Manejo correcto de procedimientos		
Hábitos higiénicos		
Ejercicio/recreación		
Ejercer sus valores y creencias		
Otros		

Responsable del cuidado	**Turno Matutino**	**Turno Vespertino**	**Turno Nocturno**
Nombre completo de enfermería			
Firma			
Nombre completo de autoridad inmediata de enfermería			
Firma			

GPCE Guías de Práctica Clínica de Enfermería **CMGPC** Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica

Anexo 5. Plan de Alta (PA) de enfermería para embarazadas. SESA-Chiapas

Preferentemente deberá entregarse personalmente, explicar y enseñar la forma de brindarse el autocuidado. Guardar una copia en el expediente clínico, firmada por el paciente o familiar.









SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD EN EL ESTADO DE CHIAPAS
COORDINACION ESTSTAL DE ENFERMERIA

D-13
AESP

HOSPITAL____

PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA: USUARIA EMBARAZADA

NOMBRE DE LA USUARIA: ____________________ **EDAD:** ______
DX. MEDICO DE EGRESO: ____________________ **ALERGIAS:** ______
FECHA Y HORA DE EGRESO____________________ **PESO ACTUAL:** ______kg. **Talla:** ____ **mts. IMC**______

Signos vitales al egreso	
TA:	FC:
FR:	TEM:

La información que le proporcionamos es muy importante para la continuidad de los cuidados en el hogar:

Medidas higiénicas:

Baño diario con aseo genital: con jabón y agua tibia a chorro preferentemente (usar sandalias con suela antiderrapante).

Lavado de manos: Antes de preparar los alimentos y después de ir al baño

Cuidado genital: Usar ropa interior de algodón y realizar el cambio diario. Vigilar la presencia de sangrado, secreciones con mal olor o de coloración amarilla, verdosa o gris.

Cuidados de los dientes Cepillarse 3 veces al día

Medidas dietéticas

Lavar minuciosamente frutas y verduras.
Consumir preferentemente:
- Frutas de temporada, verduras de hojas verdes y leguminosas (alimentos ricos en fibra que evitan el estreñimiento).
- Pollo o Pescado preferentemente
- Tortillas de maíz
- Leche semidescremada o descremada.
- Consumir abundantes líquidos por lo menos 2 litros de agua (8 vasos) de preferencia natural

Moderar:
- Moderar el consumo de carnes rojas
- Moderar el consumo de sal y harinas

Cuidar su peso durante su embarazo

Evitar:
- Alimentos dulces, azúcar refinada o grasos
- Refrescos embotellados
- Embutidos y Encurtidos
- Alimentos salados
- Sopas instantáneas
- Consumo de Alcohol, tabaco, drogas
- Consumo de café
- Comer carne cruda o mal cocida.

Actividad física

Sueño: Dormir por lo menos 8 horas diarias. Se recomienda dormir sobre el lado izquierdo ya que facilita un mayor flujo sanguíneo hacia el bebé. Además, ayuda a prevenir las piernas hinchadas.
Ejercicio:
- Realizar caminatas cortas (el tiempo dependerá de su resistencia) para mejorar la circulación de sus piernas
- No realizar actividades extenuantes ni levantar objetos pesados.

Planificación familiar

Es muy importante que elija un método de planificación familiar,
Beneficios:
- Permite que su cuerpo se recupere
- Permite planear su próximo embarazo.
- Previene embarazos no deseados
- Libertad para elegir cuantos hijos desea tener.

Si requiere mas información puede solicitarla en esta unidad o en su centro de salud más cercano

Lactancia materna

Beneficios de la lactancia materna:
- Proporciona toda la energía y los nutrientes que necesita su bebe durante sus primeros meses de vida
- Promueve el desarrollo sensorial y cognitivo,
- Proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas.
- Reduce enfermedades como la diarrea o la neumonía.
- Contribuye a su salud y el bienestar de su bebe.
- Ayuda a espaciar los embarazos.
- Disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario,
- Es una forma segura de alimentación para su bebe.

Salud mental y Prevención de la violencia

- Evitar situaciones de violencia
- Vigilar la presencia de cambios emocionales y/o de comportamiento (tristeza persistente, sentimiento de soledad, irritabilidad, angustia, comportamiento violento, ansiedad, perdida de interés en las actividades cotidianas y/o en el embarazo).

En caso de presentar cualquiera de estos síntomas solicite atención psicológica en su centro de salud más cercano.

Tamiz neonatal (Recién Nacido)

Es un estudio con fines preventivos, su objeto es descubrir y tratar oportunamente enfermedades graves e irreversibles (hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria galactosemia e hiperplasia suprarrenal congénita) que no se pueden detectar al nacimiento, ni siquiera con una revisión médica muy cuidadosa.
- Solicitar cita posterior al nacimiento de su bebe (deberá realizarse después las 72 horas y dentro de los 5 días de vida de su Recién Nacido).

Tamiz auditivo (Recién Nacido)

El Tamiz Auditivo Neonatal es una prueba gratuita, sencilla y rápida, que permite detectar presencia de hipoacusia o sordera en recién nacidos, sin causar dolor o molestia alguna. Consiste en colocar un pequeño "audífono" en el oído del bebé durante unos segundos, el cual registra si existe disminución auditiva.
- Solicitar el procedimiento en caso no se lo realicen.
- Deberá realizarse dentro de los primeros 30 días de vida de su Recién Nacido

Medicación en el hogar

Medicamentos	Vía	Dosis	Horario

"No automedicarse"

Acudir a urgencias en caso de presentar los siguientes signos y síntomas

- **Mal estado general**
- **Dificultad para respirar**
- **Dolor abdominal o de panza**
- **No percibe movimientos de su bebe.**
- **Dolor de cabeza intenso y persistente.**
- **Si ve lucecitas o zumbido de oídos**
- **Convulsiones**
- **Pérdida de la conciencia**
- **Palidez intensa.**
- **Fiebre o calentura**
- **Secreciones vaginales anormales o con mal olor**
- **Salida de líquido o sangrado transvaginal**
- **Vómitos frecuentes.**
- **Hinchazón de cara, pies y manos.**
- **Molestias al orinar (dolor, ardor, necesidad** de orinar Frecuentemente
- **Llanto y/o tristeza sin razón aparente.**
- **Conducta agresiva.**

Observaciones:

Próxima cita:

Deberá continuar con su control prenatal en su unidad de salud

Anexo 6. Guía rápida de consulta modelo del cuidado de enfermería

Para el caso de la propuesta que se hace en este documento sobre "Modelo del cuidado de enfermería", se conceptualiza como:

> *"La representación metodológica y estandarizada que guía la aplicación de las mejores prácticas a través de la implementación del proceso atención de enfermería, considerando a la persona como eje central del cuidado, desde el enfoque intercultural, integral y sistémico en los ámbitos, ambulatorio y hospitalario".*

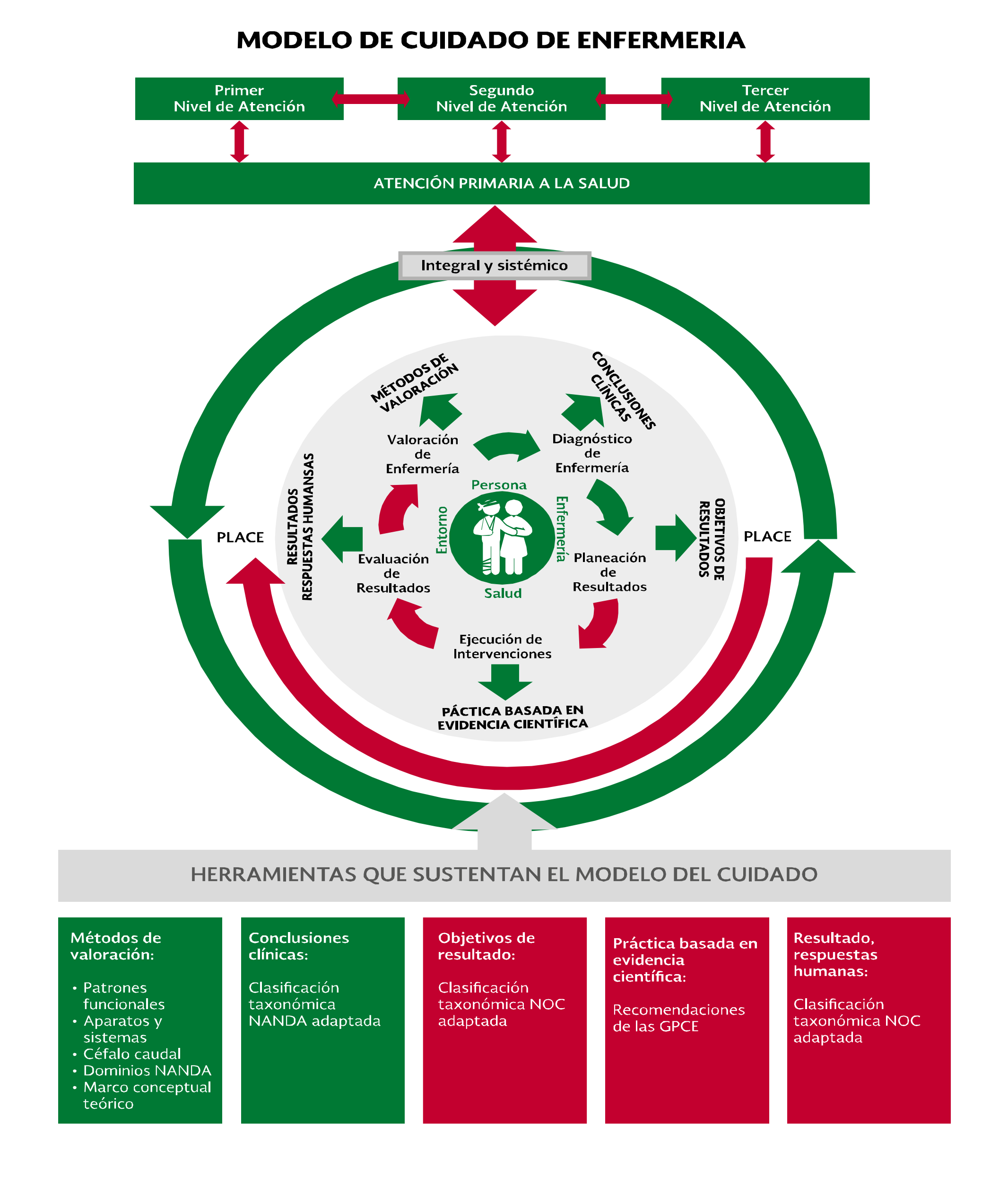
OBJETIVO GENERAL

Proponer un "Modelo del cuidado de enfermería" como eje central del cuidado, que guíe al personal de enfermería en la aplicación del Proceso Atención de Enfermería (PAE) en el Sistema Nacional de Salud (SNS) para contribuir en la mejora de la calidad de la atención basada en las mejores prácticas en los ámbitos comunitario, ambulatorio y hospitalario con enfoque intercultural, integral y sistémico.

ELEMENTOS METODOLÓGICOS:

a) Meta paradigma de enfermería o supuestos principales: El meta paradigma de enfermería cumple con características de neutralidad y universalidad, enfocados a los aspectos disciplinares que la enfermería requiere para definir su esencia en virtud de su naturaleza epistemológica.	1	**b) Proceso Atención de Enfermería (PAE):** Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales.
4		2
c) El plan de cuidados de enfermería (PLACE): Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se espera obtener, las estrategias, las intervenciones y la evaluación de todo ello.	3	**d) Enfermería Basada en Evidencia: (Recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería GPCE)** La EBE es una metodología a través de la cual se obtiene un conjunto de evidencias y recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible incluidas en las guías de práctica clínica de enfermería (GPCE), con el objetivo de guiar al profesional de enfermería y al usuario de los servicios de salud, en la mejor toma de decisiones para contribuir a la atención segura y de calidad, a través de la práctica crítica y reflexiva.

Esquema del "Modelo del Cuidado de Enfermería" con integración de los elementos metodológicos.



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

Etapa de valoración: definir y estandarizar a través de alguno de los siguientes métodos de patrones funcionales de Salud de Marjory Gordon, aparatos y sistemas, céfalo caudal, dominios NANDA o marco conceptual teórico.

Etapa de diagnóstico de enfermería: estructurarlas en diagnóstico de enfermería de tipo real, potencial o de salud.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Etapa de planeación: establecer los resultados esperados determinarán la planeación de los cuidados, las acciones, intervenciones y recomendaciones que requiere la persona, la familia, el grupo o la comunidad.

Etapa de ejecución: ejecución e implementación de las intervenciones recomendadas de enfermería de las GPC y GPCE de tipo independientes e interdependientes.

Etapa de evaluación de resultados: redacción narrativa del comparativo de los resultados planeados con los resultados obtenidos.

PLAN DE ACCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

En el plan de acción estatal deberá programarse la difusión total y permanente en todas las unidades de atención médica de ambos ámbitos comunitario y hospitalario, para fortalecer la estrategia del "Modelo del cuidado de enfermería" a través de la difusión, capacitación, implementación, documentación y evaluación.



Difusión
Catálogo de planes de cuidados de enfermería de forma impresa o electrónica, en cada uno de los servicios o áreas de aplicación de la unidad de salud a través de dípticos, carteles, tarjeteros, foros, conferencias, pláticas, sesiones clínicas, entre otros.



Capacitación
Personal de enfermería en la utilización del plan de cuidados con recomendaciones clave o de guías de práctica clínica.



Aplicación e implementación:
Proceso de atención de enfermería en sus 5 etapas: Plan de Cuidados, Intervenciones clave de enfermería de las GPCE.



Documentación:
En el formato de notas y registros en enfermería del plan de cuidados y las recomendaciones aplicadas de las GPCE.



Evaluación:
Resultados de la aplicación de los planes de cuidados con intervenciones de enfermería basadas en evidencia a través de cédula de apego de recomendaciones e indicador de evaluación de notas y registros de enfermería.

Con base en resultados de los indicadores, se podrán establecer acciones de mejora continua para fortalecer la estructura, el proceso y los resultados que garanticen la atención del personal de enfermería a la población, a través del modelo del cuidado de enfermería ecléctico integrado con características específicas para la población mexicana, y uso del personal de enfermería en todos los niveles de atención y ámbitos de la enfermería pública y privada.

XIII. Validación del documento

Mtra. Ana María Cristina Reyes Reyes
Jefa de Departamento de Extensión y Apoyos Educativos
Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia (ESEO)
Instituto Politécnico Nacional (IPN)

Dra. Cinthya Patricia Ibarra González
Presidenta
Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería (COMACE) A.C.

Mtra. Guadalupe González Díaz
Directora
Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia (ESEO)
Instituto Politécnico Nacional (IPN)

Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinosa
Coordinador de la Licenciatura de Enfermería
Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-XOCHIMILCO)

Lic. Enf. Julia Echeverría Martínez
Titular de la División de Programas de Enfermería
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Mtra. Ma. Atanasia Silvia Cárdenas Oscoy
Subdirectora Académica
Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia (ESEO)
Instituto Politécnico Nacional (IPN)

Lic. Enf. María del Pilar Ayala Campos
Jefe de los Servicios de Enfermería
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Mtra. Matilde Morales Olivares
Coordinadora de Enfermería de los Hospitales Federales de Referencia
Dirección General de Coordinación de Hospitales Federales de Referencia
Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE)

Lic. Enf. Silvia Lylian Bello Pérez
Asesora Nacional de Enfermería
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Mtra. Virginia Orozco Olvera
Coordinadora de Programas de Enfermería
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Mtra. Zoila León Moreno
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO)
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

XIV.Directorio de la Comisión Permanente de Enfermería

Integrantes del Sector Salud

Cor. Enf. Guillermina Hernández Guzmán
Jefe de enfermeras del Hospital Central Militar
Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)

Cap. Francisco Hernández Martínez
Jefe del depto. De servicios de enfermería
Secretaría de Marina (SEMAR)

Mtra. Julia Echeverría Martínez
Titular de la División de Programas de Enfermería
Instituto Mexicano del Seguro Social

Lic. Ma. Del Pilar Ayala Campos
Jefe de los servicios de enfermería
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Lic. Rosa María Anaya Téllez
Coordinadora Nacional de Enfermería
Servicios Médicos Petróleos Mexicanos (PEMEX)

Mtra. Rosa Garnica Fonseca
Jefe de servicios de enfermería
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

Integrantes invitados

Dra. María Dolores Zarza Arizmendi
Directora de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Mtra. Mtra. Guadalupe González Díaz
Directora de la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia
Instituto Politécnico Nacional (IPN)

Dra. Laura Morán Peña
Presidenta
Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE)

Dr. Francisco Cadena Santos
Presidente
Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A.C. (FEMAFEE)

Dra. María Susana González Velázquez
Jefe de Carrera de Enfermería
Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza de la UNAM

Mtra. Reyna Galicia Ríos
Jefa del Departamento de Enfermería
Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud – Unidad Milpa Alta Instituto Politécnico Nacional (IPN)

Mtra. Margarita Acevedo Peña
Jefe de la Carrera de Enfermería
Facultad de Estudios Superiores Plantel Iztacala de la UNAM

Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinosa
Coordinador de la Licenciatura de Enfermería
Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-XOCHIMILCO)

Mtra. Ma. Tolina Alcántara García
Directora técnica
Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud

Mtra. Ximena del Carmen Rubilar Araya
Directora de la Escuela de Enfermería
Universidad Panamericana (UP)

Dra. Marisela Zamora Anaya
Directora de Diseño Curricular
Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP)

LEO Josefina Matías Varela
Coordinadora de Enfermería
Dirección General de Educación Tecnológica Industrial (DGETI)

Dra. María Guadalupe Jara Saldaña
Directora
Escuela Nacional de Enfermería e Investigación
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Mtra. Diana Lilia Velázquez Castañeda
Coordinadora Normativa de Enfermería
Dirección General de Coordinación de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad
Comisión Coordinadora Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE)

Mtra. María Isabel Negrete Redondo
Representante de Enfermería de los Institutos Nacionales de Salud
Comisión Coordinadora Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE)

Dra. Edith Espinosa Dorantes
Coordinadora de Enfermería
Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Mtra. Gudelia Bautista Cruz
Directora Corporativa de Enfermería
Centro Médico ABC

Dra. María Alberta García Jiménez
Presidenta
Academia Nacional de Enfermería de México, A.C.

Dra. Norma Alicia Riego Azuara
Presidenta
Federación Mexicana de Colegios de Enfermería, A.C. (FEMCE)

Tte. Enf. Ret. Gloria Beatriz Valdez Salas
Presidenta
Colegio Nacional de Enfermeras Militares, A.C. (CONEM)

Mtra. Perla Idolina Barragán Sosa
Presidenta
Colegio Nacional de Enfermeras, A.C

Mtra. Verónica Domínguez Orozco
Jefa del Departamento de Investigación
Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

Lic. Matilde Morales Olivares
Representante de Enfermería
Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia
Comisión Coordinadora Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE)

Enf. Ma. de la Luz Reyes García
Presidenta
Confederación Nacional de Enfermeras Mexicanas, A.C.

Mtra. Anabell Arellano Gómez
Coordinadora de Enfermería
Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Mtra. Juana Guadalupe Vargas Robles
Representante
Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.

Dra. Cinthya Patricia Ibarra González
Presidenta
Consejo Mexicano para la Acreditación y Certificación de Enfermería, A.C. (COMACE)

Lic. Ofelia Pérez García
Presidenta
Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería, A.C. (COMCE)

Dra. María Dolores Zarza Arizmendi
Presidenta
Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería (COMLE)

Lic. Miguel Ángel López González
Presidente
Federación de Enfermería Quirúrgica de la República Mexicana, A.C. (FEQREM)


ESTADOS UNIDOS MEXICANOS


SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS